

ข้อมูลสำหรับการทำประกันภัย แผนร้านอาหารและร้านค้าแฟลตลอยด์

ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย : หมายเลขโทรศัพท์.....เลขบัตรประชาชน.....
 ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ : เลขที่ หมู่ที่ อาคาร / หมู่บ้าน.....
 ซอย ถนน แขวง / ตำบล.....
 เขต / อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์.....

สถานที่เอาประกันภัย :
 ชื่อสถานที่ประกอบการ ลักษณะการประกอบการ ร้านอาหาร ร้านกาแฟ
 เลขที่ หมู่ที่ อาคาร / หมู่บ้าน.....
 ซอย ถนน แขวง / ตำบล.....
 เขต / อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์.....
 พิกัด ละติจูด: □□.□□□□□□ พิกัด ลองจิจูด: □□□.□□□□□□ (ถ้ามี)

ระยะเวลาเอาประกันภัย: เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 16.30 น.

ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย / ผู้รับประโยชน์ (สำหรับหมวดการประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล กรณีผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต)

ผู้เอาประกันภัย / เลขบัตรประชาชน	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	ผู้รับผลประโยชน์	ความสัมพันธ์
(กรณีมากกว่า 1 คน กรุณาแนบเอกสารเพิ่มเติม)			

การกำหนดจำนวนเงินเอาประกันภัย ตามมูลค่าที่แท้จริงของทรัพย์สิน (Actual Cash Value) กำหนดให้จำนวนเงินเอาประกันภัยเท่ากับมูลค่าจริงหรือไม่ต่ำกว่า 80%

รายละเอียดทรัพย์สินที่เอาประกันภัย :
 1. สิ่งปลูกสร้าง(ไม่รวมฐานราก) ที่ใช้เป็นสถานที่ประกอบธุรกิจ และรวมถึง ทรัพย์สินภายในสิ่งปลูกสร้าง (เฟอร์นิเจอร์ เครื่องตกแต่งติดตั้งเครื่องตรา)
 จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท
 2. สต็อกสินค้า จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท (ตามมูลค่าที่แท้จริง ไม่เกิน 10% ของจำนวนเงินเอาประกันภัยข้อ 1 และรวมกันไม่เกินตามแผนที่กำหนด)

แผนความคุ้มครองที่เลือก (กรุณาขีดเครื่องหมาย ✓ หน้าหัวข้อที่ต้องการ)
 แผน 1 ทุน 500,000 บาท เบี้ยประกันภัยรวม 2,300 บาท แผน 2 ทุน 1,000,000 บาท เบี้ยประกันภัยรวม 4,000 บาท
 แผน 3 ทุน 2,000,000 บาท เบี้ยประกันภัยรวม 5,700 บาท แผน 4 ทุน 3,000,000 บาท เบี้ยประกันภัยรวม 7,500 บาท
 แผน 5 ทุน 4,000,000 บาท เบี้ยประกันภัยรวม 9,200 บาท แผน 6 ทุน 5,000,000 บาท เบี้ยประกันภัยรวม 10,900 บาท

ลักษณะสิ่งปลูกสร้างที่เอาประกันภัย :
 สิ่งปลูกสร้างเป็นตึก หรืออาคารคอนกรีตล้วน
 ประเภทอาคาร ทาวน์เฮาส์ บ้านเดี่ยว อาคารพาณิชย์ อาคารโกดัง อาคารโรงงาน
 ขนาดพื้นที่ภายในอาคาร กว้าง เมตร ยาว เมตร จำนวน ชั้น จำนวน หลัง/คูหา รวมพื้นที่ใช้สอย ตร.ม.

ผู้เอาประกันภัยมีฐานะเป็น : เจ้าของ ผู้เช่า

ปัจจุบัน ท่านมีการเอาประกันภัยต่อไปนี้หรือไม่? ไม่มี มี (ถ้ามีโปรดระบุ)
 การประกันอัคคีภัย บริษัทจำนวนเงินเอาประกันภัย..... บาท
 การประกันภัยโจรกรรม บริษัทจำนวนเงินเอาประกันภัย..... บาท
 การประกันภัยความเสียหายทุกชนิด บริษัทจำนวนเงินเอาประกันภัย..... บาท
 การประกันภัยกระเจก บริษัทจำนวนเงินเอาประกันภัย..... บาท
 การประกันภัยความรับผิดต่อบุคคลภายนอก บริษัทจำนวนเงินเอาประกันภัย..... บาท

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้ค่าชดเชยเอาประกันภัยนี้เป็นมูลค่าฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท
 บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทางการชั้นสุรพลสิทธิในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท
 ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้ โดยข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

วันที่ / /

การประกันภัยโดยตรง ตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันวินาศภัย โบราณคดีเลขที่

เอกสารแนบเพิ่มเติม

ข้อมูลสำหรับการทำประกันภัย แผนร้านอาหารและร้านค้าแฟลปล็อกภัย

การประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล: โปรดระบุให้ถูกต้องและครบถ้วน

1. ชื่อ-สกุล อายุ ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ID. No

ผู้รับผลประโยชน์ ความสัมพันธ์

2. ชื่อ-สกุล อายุ ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ID. No

ผู้รับผลประโยชน์ ความสัมพันธ์

3. ชื่อ-สกุล อายุ ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ID. No

ผู้รับผลประโยชน์ ความสัมพันธ์

4. ชื่อ-สกุล อายุ ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ID. No

ผู้รับผลประโยชน์ ความสัมพันธ์

5. ชื่อ-สกุล อายุ ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ID. No

ผู้รับผลประโยชน์ ความสัมพันธ์

6. ชื่อ-สกุล อายุ ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ID. No

ผู้รับผลประโยชน์ ความสัมพันธ์

7. ชื่อ-สกุล อายุ ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ID. No

ผู้รับผลประโยชน์ ความสัมพันธ์

8. ชื่อ-สกุล อายุ ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ID. No

ผู้รับผลประโยชน์ ความสัมพันธ์

9. ชื่อ-สกุล อายุ ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ID. No

ผู้รับผลประโยชน์ ความสัมพันธ์

10. ชื่อ-สกุล อายุ ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ID. No

ผู้รับผลประโยชน์ ความสัมพันธ์