

ใบคำขอเอาประกันภัย
กรมธรรม์ประกันภัยคุ้มครองผู้พักในหอพักตามกฎหมายว่าด้วยหอพัก

1.	ผู้ขอเอาประกันภัย :		
2.	ที่อยู่		
3.	ผู้ได้รับความคุ้มครอง : ผู้พักอยู่ในสถานที่เอาประกันภัยตามทะเบียนผู้พัก ณ สถานที่เอาประกันภัย และให้หมายความรวมถึงผู้พักที่ขณะเริ่มเข้าพักก็มีคุณสมบัติตามกฎหมายว่าด้วยหอพักและยังคงพักอยู่ในสถานที่เอาประกันภัย		
4.	ผู้รับประกันภัย : ผู้ได้รับความคุ้มครองหรือทายาทโดยธรรมของผู้ได้รับความคุ้มครอง		
5.	ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่เวลา.....น. สิ้นสุดวันที่.....เวลา 16.30 น.		
6.	โปรตุระบสถานที่ประกอบการหอพัก ที่ต้องการให้คุ้มครอง ตามรายละเอียดดังนี้ ก. ชื่อหอพัก..... ข. สถานที่ตั้ง..... ค. จำนวนห้องพัก.....ห้อง จำนวนผู้ได้รับความคุ้มครองสูงสุด.....คน จำนวนชั้น.....ชั้น		
7.	ความคุ้มครอง และจำนวนเงินจำกัดความรับผิดที่ต้องการ <i>(กำหนดเป็นขั้นต่ำตามกฎหมายกำหนด)</i>		
	ข้อตกลงคุ้มครอง	จำนวนเงินจำกัดความรับผิด (บาท)	จำนวนเงินจำกัดความรับผิดสูงสุดตลอดระยะเวลาประกันภัย (บาท)
	หมวด 1 การประกันภัยคุ้มครองการเสียชีวิต ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง ค่ารักษาพยาบาลของผู้ได้รับความคุ้มครอง อันเป็นผลมาจากสถานที่เอาประกันภัยเกิดไฟไหม้หรือระเบิด หรือผู้ได้รับความคุ้มครองถูกฆาตกรรม ถูกทำร้ายร่างกาย โดยอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในสถานที่เอาประกันภัย โดยจะจ่ายค่าทดแทน ดังนี้ 1. กรณีเสียชีวิต หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง 2. กรณีค่ารักษาพยาบาลที่ได้จ่ายจริง แต่ไม่เกิน	100,000 บาท/คน 10,000 บาท/คนบาท
	หมวด 2 การประกันภัยคุ้มครองทรัพย์สินส่วนตัวของผู้ได้รับความคุ้มครองอันเป็นผลมาจากสถานที่เอาประกันภัยเกิดไฟไหม้ ระเบิด	10,000 บาท/คนบาท
8.	ในช่วง 3 ปี ที่ผ่านมา หอพักนี้เคยเกิดเหตุไฟไหม้ ระเบิด หรือมีผู้พักเสียชีวิต บาดเจ็บ จากอุบัติเหตุที่ขอเอาประกันภัยหรือไม่ ถ้ามี กรุณาให้รายละเอียด พร้อมทั้งข้อมูลความเสียหาย:		
9.	ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัยเพื่อคุ้มครองชีวิต ร่างกาย และทรัพย์สินของผู้พักในหอพัก หรือเคยถูกบอกเลิกสัญญา หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม สำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่ ถ้าเคย โปรดแจ้งชื่อบริษัทประกันภัยและระบุรายละเอียด.....		
<input type="checkbox"/> ประกันภัยตรง..... <input type="checkbox"/> ตัวแทนประกันวินาศภัย..... <input type="checkbox"/> นายหน้าประกันวินาศภัยรายนี้ ใบอนุญาตเลขที่.....			

ข้าพเจ้าขอรับรองข้อแถลงข้างต้น และข้าพเจ้าเข้าใจถึงความคุ้มครองที่จะได้รับภายใต้ข้อตกลง และเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้า ต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

()

ตำแหน่ง.....

ผู้ขอเอาประกันภัย