

บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน) เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107555000252



Mittare Insurance Public Company Limited. Tax ID. 0107555000252

295 ถนนสีพระยา แขวงสีพระยา เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

295 Siphaya Road, Siphaya, Bangrak, Bangkok 10500

โทรศัพท์ : 0-2640-7777, โทรสาร 0-2640-7799

Tel. 0-2640-7777 Fax. 0-2640-7799

ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยอากาศยานซึ่งไม่มีนักบิน (DRONE INSURANCE)

1.	ผู้ขอเอาประกันภัย : .....		
	เบอร์โทร ..... แม่บ้าน.....		
2.	ที่อยู่ .....		
3.	ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ ..... เวลา.....น. สิ้นสุดวันที่..... เวลา 16.30 น.		
4.	รายชื่อผู้บังคับหรือปล่อยอากาศยานซึ่งไม่มีนักบิน (โดรน)		
	ผู้บังคับ 1 .....	วัน/เดือน/ปีเกิด .....	ใบอนุญาตเลขที่.....
	ผู้บังคับ 2 .....	วัน/เดือน/ปีเกิด .....	ใบอนุญาตเลขที่.....
	กรณีมากกว่า 2 คน (ตามเอกสารแนบ)		
5.	รายละเอียดของอากาศยานซึ่งไม่มีนักบิน (โดรน)		
	แบบอากาศยาน/ยี่ห้อ.....	รุ่น/ปี.....	น้ำหนัก (กก.).....
	ราคาที่ซื้อ.....	เครื่องหมายทะเบียน.....	จำนวนเครื่องยนต์/จำนวนใบพัด.....
	หมายเลขประจำเครื่อง.....	อุปกรณ์ที่ติดตั้ง .....	เพดานบินสูงสุด (เมตร) .....
	คลื่นความถี่ อุปกรณ์วิทยุที่ใช้ในการควบคุม/อุปกรณ์ที่ติดตั้งเพิ่ม .....		
5.1	เอกสารประกอบของผู้บังคับหรือปล่อยอากาศยานซึ่งไม่มีนักบิน (โดรน) เพื่อระบุความสามารถในการควบคุม อย่างน้อยหนึ่งข้อ ดังนี้		
	<input type="checkbox"/> กรณีบังคับควบคุม โดรนเพื่อการปฏิบัติงาน ให้ระบุประวัติการรับงานที่รวมเวลาบินปฏิบัติงานแล้วมากกว่า 1 ชม. <input type="checkbox"/> เช่นรับรองโดยครูผู้ฝึกสอนบิน หรือผู้ที่มีความสามารถในการใช้โดรน หรือผู้บังคับบัญชาต้นสังกัดในการใช้โดรน <input type="checkbox"/> กรณียังไม่มีประวัติการรับงาน หรือ มีประวัติไม่เพียงพอ หรือ กรณีที่ใช้เพื่อกิจกรรมอื่นใด ให้ถ่าย VDO มีเนื้อหาต่อเนื่องตั้งแต่การนำเครื่องบินขึ้น การเปิดระบบบันทึกการบิน การบังคับเดินหน้า ถอยหลัง เลี้ยวซ้าย เลี้ยวขวา การให้ลอยตัวหยุด และการนำเครื่องลงจอด		
6.	อาณาเขตความคุ้มครอง : .....		
7.	แผนของกรมธรรม์ที่เลือก แผน ..... เบี้ยประกันภัยรวม ..... บาท		
8.	ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัย หรือเคยถูกบอกเลิกสัญญา หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม สำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่ ถ้าเคย โปรดแจ้งชื่อบริษัทประกันภัยและระบุรายละเอียด.....		
	<input type="checkbox"/> การประกันภัยโดยตรง <input type="checkbox"/> ตัวแทนประกันวินาศภัย <input type="checkbox"/> นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่.....		

ข้าพเจ้าขอรับรองข้อแถลงข้างต้น และข้าพเจ้าเข้าใจถึงความคุ้มครองที่จะได้รับภายใต้ข้อตกลง และเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้า ต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ตำแหน่ง.....

ผู้ขอเอาประกันภัย

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865