

ชื่อผู้ทำประกันภัย :

สถานที่ตั้ง :

ผู้สำรวจ : วันที่ทำการสำรวจ :

ผู้ให้ข้อมูลชื่อ : ตำแหน่ง :

1. ข้อมูลทั่วไป

(1) ประเภทธุรกิจ :

ทรัพย์สินรวม.....บาท

ปีที่สร้างเสร็จ : ชื่อเจ้าของหรือหุ้นส่วน :

(2) วัตถุประสงค์หลักที่ใช้ในการผลิต.....

(3) ผลผลิตหลัก และกำลังการผลิต

.....
.....
.....

(4) จำนวนพนักงานทั้งหมด.....คน

ช่วงเวลาการทำงาน:.....จำนวนกะ:.....ต่อวัน จำนวนวัน:.....ต่อ

(5) บริเวณโดยรอบที่ติด

ด้านหน้า สิ่งปลูกสร้าง : จำนวนหลัง/คูหา : สภาพ :

ใช้ประกอบการเป็น : ระยะห่าง : เมตร

ด้านหลัง สิ่งปลูกสร้าง : จำนวนหลัง/คูหา : สภาพ :

ใช้ประกอบการเป็น : ระยะห่าง : เมตร

ด้านซ้าย สิ่งปลูกสร้าง : จำนวนหลัง/คูหา : สภาพ :

ใช้ประกอบการเป็น : ระยะห่าง : เมตร

ด้านขวา สิ่งปลูกสร้าง : จำนวนหลัง/คูหา : สภาพ :

ใช้ประกอบการเป็น : ระยะห่าง : เมตร

(7) ลักษณะผังบริเวณของอาคาร / โรงงาน (Factory Layout)

ดีมาก ดี พอใช้ ใช้ไม่ได้

(8) พื้นที่ทั้งหมด : ลักษณะการถือครองที่ดิน : เจ้าของ ผู้เช่า

พื้นที่สิ่งปลูกสร้าง :

2. ข้อมูลทางด้านการจัดการ

(1) มีการดำเนินงานทางด้านองค์กร

Safety committee (เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย)

จำนวนเจ้าหน้าที่ คน ความถี่ในการประชุม

มีหน่วยงานถ้าเกิดเหตุฉุกเฉิน

- มีนโยบายห้ามสูบบุหรี่ในตัวโรงงาน
- มีแผนการซ้อมดับเพลิง
- มีแผนการอพยพเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน

(2) มีการบำรุงรักษาเครื่องจักรและอุปกรณ์ไฟฟ้าอย่างดี มี ไม่มี

ข้อคิดเห็น.....

(3) การตรวจสอบระบบไฟฟ้าและอุปกรณ์ มี ไม่มี

ข้อคิดเห็น.....

3. สิ่งก่อสร้าง

(1) ข้อมูลของสิ่งก่อสร้าง

ชื่ออาคาร					
จำนวนชั้น					
พื้นที่ (m ²)					
ความสูง (m)					
ปีที่สร้าง					
โครงสร้างของอาคาร	เสา				
	คาน				
	กำแพง				
	หลังคา				
	โครงหลังคา				
พื้นที่					
ประโยชน์ใช้สอย					

(2) มีแผนการสร้าง หรือ เปลี่ยนแปลง อาคาร, เครื่องจักร, กระบวนการ ในอนาคต

ไม่มี มี.....

(3) ระยะห่างระหว่าง โรงงาน อาคาร แท็งก์ และอื่นๆ (อธิบาย)

.....

(4) ความสะดวกที่รถดับเพลิงจะเข้าถึงสถานที่เอาประกันภัย ดี ไม่ดี

(อธิบายพร้อมภาพประกอบ)

4. ข้อมูลทางด้านเทคนิค

(1) ขั้นตอนการผลิต (Process Flow Diagrams)

(2) การจัดเก็บสารหรือวัตถุไวไฟ / สารเคมี

วัตถุไวไฟ / สารเคมี	สถานที่ในการเก็บ	รูปแบบการจัดเก็บ	จำนวน และ ปริมาณ

(3) Utilities

- a. ตำแหน่งที่อยู่ของ ห้องควบคุมไฟฟ้าหลัก.....
- ใช้ระบบอุปกรณ์ดับเพลิงชนิดติดตั้ง มี ไม่มี (ถ้ามี) ชนิด :
- ใช้ผนังกันไฟแยกหม้อแปลง มี ไม่มี

- b. จำนวน Transformer และ ความสามารถในการจ่ายไฟ
- ระบบอุปกรณ์ดับเพลิงชนิดติดตั้ง มี ไม่มี (ถ้ามี) ชนิด :
- ผนังกันไฟแยกหม้อแปลง มี ไม่มี

- c. Emergency Power มี ไม่มี
- ชนิด : Generator Battery อื่น ๆ
- ตำแหน่งที่ติดตั้ง : ความสามารถการจ่ายไฟKVA
- ชนิดของเชื้อเพลิง
- ประสิทธิภาพในการจ่ายไฟได้ : นาที

- d. การอุดช่องผ่านของสายเคเบิลด้วยวัสดุทนไฟ
- มีทั้งหมด มีบางส่วน ไม่มี

- e. การขนส่งภายใน
- Forklift Truck สายลำเลียง

- f. การใช้แก๊สไวไฟ ไม่มี มี (ถ้ามี) ชนิด:..... ปริมาณ:.....
- ลักษณะการจัดเก็บ:.....

- f. หม้อไอน้ำ (Boiler) ไม่มี มี ตัว
- ชนิดหม้อไอน้ำ / ขนาด / เชื้อเพลิง

(4) สายล่อฟ้า มี ไม่มี

(5) การจัดเก็บวัสดุคืบ และ สิ้นค้า

ชื่อ	ตำแหน่ง / สถานที่	ชนิดของสินค้า / วัสดุคืบ	จำนวน และ ปริมาณ

สภาพการจัดเก็บ

- ความสูงของสต็อกสินค้าที่จัดเก็บ เมตร
- การใช้ Pallet ในการจัดเก็บ มี ไม่มี
- ระยะห่างจากที่ผลิตสินค้า เมตร
- Roof ventilator system มี ไม่มี

5. ระบบป้องกันอัคคีภัย

(1) หน่วยผจญเพลิงภายในองค์กร มี จำนวนคน ไม่มี

(2) Automatic Sprinklers มี ไม่มี

(3) แหล่งน้ำสำรองสำหรับดับเพลิง มี ไม่มี

ชนิดของแหล่งน้ำและปริมาณน้ำ.....

(4) ปั๊มน้ำดับเพลิง (Fire Pump) มี ไม่มี

- ประเภทของ Fire Pump Fixed Fire Pump Portable Fire pump

- ชนิดของปั๊ม เครื่องยนต์ ไฟฟ้า

(ถ้าเป็นแบบไฟฟ้ามี Generator จ่ายไฟให้หรือไม่ มี ไม่มี)

- ทำงาน Automatic Manual

- อัตราการไหล : (GPM)

- ความดันน้ำ : (PSI)

ความถี่ในการทดสอบ และ แผนการซ่อมบำรุง

(5) Internal Hydrants มี ไม่มี

ครอบคลุมพื้นที่ :

ความถี่ในการทดสอบ และ แผนการซ่อมบำรุง

(6) External Hydrants / Yard Hydrants มี ไม่มี

ครอบคลุมพื้นที่ :

ความถี่ในการทดสอบ และ แผนการซ่อมบำรุง

(7) รถดับเพลิง มี ไม่มี

จำนวนรถดับเพลิง

(8) Portable Fire Extinguishers (ถังดับเพลิง) มี ไม่มี

ชนิดถังดับเพลิง	จำนวนถัง	ความจุถัง	ตำแหน่งที่ใช้
Dry Chemical			
Halon			
Carbon Dioxide			
อื่น ๆ			

ความถี่ในการทดสอบ และ แผนการซ่อมบำรุง.....

(9) ระบบดับเพลิงแบบ Halon หรือ CO₂ มี ไม่มี

ชนิดของระบบ : Covered area :

ความถี่ในการทดสอบ และ แผนการซ่อมบำรุง

.....

(10) ระบบสัญญาณเตือนภัย มี ไม่มี

ชนิดของระบบ : Automatic Manual

ชนิดของตัวตรวจจับ :

Smoke Detectors

Heat Detectors

อื่น ๆ

ตำแหน่งของกล่องควบคุมระบบเตือนภัย (Alarm control panel) :

ระบบสัญญาณเตือนภัยครอบคลุมพื้นที่ :

ความถี่ในการทดสอบ และ แผนการซ่อมบำรุง

.....

(11) สถานีดับเพลิงที่ใกล้ที่สุด

ระยะห่าง : Km. ระยะเวลาที่รถดับเพลิงมาถึง :min

6. ระบบรักษาความปลอดภัย

(1) Watch Service มี ไม่มี

ถ้ามี Department in the company Security Agency

จำนวนยามทั้งหมด : คน , จำนวนกะ :

กะกลางวัน : คน , กะกลางคืน : คน

ความถี่ในการเดินรอบ :

ขั้นตอนการลงบันทึก :

(2) Burglar alarm system มี ไม่มี

ครอบคลุมพื้นที่ :

(3) CCTV system มี ไม่มี

(ถ้ามี) พื้นที่ครอบคลุม : จำนวนกล้อง :

7. ภัยเพิ่มพิเศษ

- (1) การเกิดน้ำท่วมบริเวณนี้ เคย ไม่เคย ความถี่ :
- ระยะใกล้กับแม่น้ำ ติดกับแม่น้ำ หรือน้อยกว่า 300 เมตร 0.3 – 1 กิโลเมตร มากกว่า 1 กิโลเมตร
- (2) วัสดุอุปกรณ์ที่จัดเก็บมีความเสียหายง่ายเนื่องจากน้ำ ใช่ ไม่ใช่ บางส่วน
- (3) สถานที่ตั้งมีความเสี่ยงต่อภัยธรรมชาติ
- แผ่นดินไหว / Tsunami ลมพายุ อื่นๆ.....
- (4) ความเสี่ยงภัยต่อภัยทางอากาศหรือไม่ มี ไม่มี ไกลมาก
- ระยะห่างจากสนามบิน.....กิโลเมตร
- (5) ความเสี่ยงภัยจากภัยจลาจลและนัดหยุดงาน ป่าเดือนเจตนา มี ไม่มี

8. ประวัติความเสียหาย

เคยเกิดความเสียหายบ้างหรือไม่ เคย ไม่เคย

วันที่	สาเหตุ และ การเสียหาย	มูลค่าความสูญเสีย

9. ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้สำรวจภัย (อธิบาย ภัยที่สำรวจดีหรือไม่คืออย่างไร)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้สำรวจภัย

วันที่.....

ประกันภัยเสียงภัยทรัพย์สิน

ต้องให้รายละเอียดตามแบบสำรวจภัยเบื้องต้น และใบคำขอก่อน พร้อมถ่ายรูปสถานที่เอาประกันภัย อุปกรณ์ดับเพลิง ส่งข้อมูลเบื้องต้น เพื่อประกอบการพิจารณา หากมีหน้าตารางกรมธรรม์เดิม และเอกสารแนบท้ายของบริษัทเดิม ให้แนบมาด้วย

บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน) เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107555000252
 295 ถนนสีพระยา แขวงสีพระยา เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500
 โทรศัพท์ : 0-2640-7777, โทรสาร 0-2640-7799



Mittare Insurance Public Company Limited. Tax ID. 0107555000252
 295 Siphaya Road, Siphaya, Bangrak, Bangkok 10500
 Tel. 0-2640-7777 Fax. 0-2640-7799

แบบคำขอประกันอัคคีภัย

- 1) ชื่อผู้เอาประกันภัย.....
- 2) ที่ตั้งทรัพย์สิน เลขที่.....หมู่.....หมู่บ้าน.....ถนน.....
 แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
- 3) ระยะเวลาประกันภัย : เริ่มวันที่.....สิ้นสุดวันที่.....
- 4) ทรัพย์สินที่เอาประกันภัย

	งวดนี้	งวดก่อน	(บริษัท)
สิ่งปลูกสร้าง	ทุนประกันภัย.....บาทบาท
เฟอร์นิเจอร์	ทุนประกันภัย.....บาทบาท
สต็อกสินค้า	ทุนประกันภัย.....บาทบาท
เครื่องจักร	ทุนประกันภัย.....บาทบาท

- 5) ลักษณะสิ่งปลูกสร้าง ที่เก็บหรือติดตั้งทรัพย์สินที่เอาประกันภัย

จำนวนชั้น	<input type="checkbox"/> 1 ชั้น	<input type="checkbox"/> 2 ชั้น	<input type="checkbox"/> 3 ชั้น	<input type="checkbox"/> ____ชั้น
ฝาผนัง	<input type="checkbox"/> เป็นตึก	<input type="checkbox"/> ครึ่งตึกครึ่งไม้	<input type="checkbox"/> ไม้	
พื้นชั้นบน	<input type="checkbox"/> คอนกรีต	<input type="checkbox"/> คอนกรีต/ไม้	<input type="checkbox"/> ไม้	
โครงหลังคา	<input type="checkbox"/> คอนกรีต	<input type="checkbox"/> ไม้	<input type="checkbox"/> เหล็ก	
หลังคา	<input type="checkbox"/> สังกะสี	<input type="checkbox"/> กระเบื้อง	<input type="checkbox"/> ดาดฟ้า	

 ขนาดสิ่งปลูกสร้าง กว้าง.....เมตร ยาว.....เมตร จำนวน.....คูหา/หลัง

- 6) กรรมสิทธิ์ในตัวอาคาร/สิ่งปลูกสร้าง เป็นเจ้าของ เป็นผู้เช่า
- 7) สถานที่ใช้เป็น ที่อยู่อาศัย ร้านค้า สำนักงาน โกดัง อื่น ๆ ระบุ.....
- 8) ระยะห่างจากสิ่งปลูกสร้างอื่น
 - ไม่ติดเดี่ยว
 - ติดเดี่ยว ห่างจากสิ่งปลูกสร้างอื่น หน้า.....เมตร หลัง.....เมตร ซ้าย.....เมตร ขวา.....เมตร
- 9) ผู้รับประกันภัย
 - ไม่โอนผลประโยชน์ให้ธนาคาร โอนผลประโยชน์ให้ธนาคาร.....
 (กรุณาวาดแผนที่ตั้งทรัพย์สินไว้ข้างหลัง)

บริษัทฯขอยืนยันเบี้ยประกัน
 เบี้ยประกันภัยสุทธิ.....
 อาคาร-ภาษีมูลค่าเพิ่ม.....
 เบี้ยรวม.....

ลงชื่อ.....
 (ตัวแทน/ผู้เอาประกันภัย)
 วันที่.....

ลงชื่อ.....
 (ผู้พิจารณารับประกันภัย)

กรรณาวาดแผนที่ตั้งทรัพย์สินไว้ข้างล่าง

