

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

ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยธุรกิจหยุดชะงัก (เนื่องจากภัยที่เอาประกันภัยภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยความเสียหายภัยทรัพย์สิน)
Application Form for Accidental Damage (Business Interruption) Insurance Policy (Following insured perils under Accidental Damage (Property) Insurance Policy)

1. ผู้ขอเอาประกันภัย (Applicant)
 ชื่อ – นามสกุล/นิติบุคคล (Name – Surname/Company Name):
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน หรือเลขทะเบียนนิติบุคคล (ID. No./Company Registration No.):

2. ที่อยู่ (Address)

3. ประเภทธุรกิจ.....ธุรกิจเริ่มดำเนินการในปีใด.....
 Nature of Business The year in which the business was established

4. กรมธรรม์ประกันภัยความเสียหายภัยทรัพย์สิน เลขที่
 Accidental Damage (Property) Insurance Policy No.

5. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย: เริ่มวันที่ เวลา สิ้นสุดวันที่ เวลา 16.30 น.
 Period of Insurance: From at To at 4.30 p.m.

6. ระยะเวลาการชดเชยค่าสินไหมทดแทนสูงสุดกี่เดือน Maximum Indemnity Period (Months)
 6 เดือน/months 12 เดือน/months 24 เดือน/months อื่นๆ โปรดระบุ/other, please state.....

7. แบบข้อกำหนดความคุ้มครองเฉพาะที่ต้องการและจำนวนเงินที่ขอเอาประกันภัย Specification & Sum Insured

ข้อกำหนดความคุ้มครองเฉพาะ Specification	รายการที่เอาประกันภัย Item(s) Insured	จำนวนเงินที่ขอเอาประกันภัย (บาท) Sum Insured (Baht)
<input type="checkbox"/> แบบที่ 1 ข้อกำหนดความคุ้มครองเฉพาะ สำหรับการประกันภัยกำไรขั้นต้น (แบบหลักเกณฑ์ผลต่าง) Specification No. 1 – Gross Profit (Difference Basis)	1.กำไรขั้นต้น (Gross Profit) 2.ค่าจ้างนักบัญชีอาชีพ (Professional Accountants’ กรณีมีความต้องการค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานบางรายการที่ไม่เอาประกันภัย - โปรดระบุ (Please state item of <u>uninsured</u> working expenses, if any)	
<input type="checkbox"/> แบบที่ 2 ข้อกำหนดความคุ้มครองเฉพาะ สำหรับการประกันภัยกำไรขั้นต้น (แบบเกณฑ์ผลบวก) Specification No. 2 – Gross Profit (Addition Basis)	1.กำไรขั้นต้น (Gross Profit) 2.ค่าจ้างนักบัญชีอาชีพ (Professional Accountants’ รายการประกอบการคำนวณกำไรขั้นต้น (Items for Gross Profit Calculation) - กำไรสุทธิ (Net Profit) - ค่าใช้จ่ายประจำที่ต้องการเอาประกันภัย -โปรดระบุ	

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

<input type="checkbox"/> แบบที่ 3 ข้อกำหนดความคุ้มครองเฉพาะ สำหรับการประกันภัยค่าใช้จ่ายคงที่ Specification No. 3 – Standing Charges	ค่าใช้จ่ายประจำที่ต้องการเอาประกันภัย (Insured Standing Charges)	
<input type="checkbox"/> แบบที่ 4 ข้อกำหนดความคุ้มครองเฉพาะ สำหรับการประกันภัยรายรับจากค่าเช่า Specification No. 4 – Rent Receivable	1. รายรับจากค่าเช่า (Rent Receivable) 2. ค่าจ้างนักบัญชีอาชีพ (Professional Accountants' Charges)	
<input type="checkbox"/> แบบที่ 5 ข้อกำหนดความคุ้มครองเฉพาะ สำหรับการประกันภัยรายได้ขั้นต้น Specification No. 5 – Gross Revenue	รายได้ขั้นต้น (Gross Revenue)	

8. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันธุรกิจหยุดชะงัก ในสถานที่และทรัพย์สินที่ขอเอาประกันภัยเดียวกันนี้ กับบริษัทประกันภัยอื่นอีกหรือไม่?
Do you have or apply for Business Interruption Insurance for the same Location and Property Insured with other insurance company?

ไม่มี / No มี / Yes

ถ้ามีหรือได้ขอโปรดแจ้งจำนวนกรมธรรม์ประกันภัยรวมทั้งหมด (If yes, please advise the total number of insurance policy): _____

กรมธรรม์ (policy) จำนวนเงินเอาประกันภัยรวมทั้งหมด (Total Sum Insured): _____ บาท (Baht)

โปรดแถลงรายละเอียดในกรณีที่มีหรือได้ขอเอาประกันภัยไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่น (Please declare details in case of having or applying for insurance with us or with other insurance company)

8.1 บริษัท (Company)จำนวนเงินเอาประกันภัย(Sum Insured)บาท (Baht)

8.2 บริษัท (Company)จำนวนเงินเอาประกันภัย(Sum Insured)บาท (Baht)

8.3 บริษัท (Company)จำนวนเงินเอาประกันภัย(Sum Insured)บาท (Baht)

9. สถานที่ตั้งที่ขอเอาประกันภัยเคย หรือกำลังอยู่ในระหว่างการดำเนินคดีฟ้องร้องในกรรมสิทธิ์ที่ดินหรือฟ้องขับไล่อยู่หรือไม่
Has/is the Location Insured ever undergone or undergoing any legal proceedings in respect of land rights or eviction?
 ไม่เคย/ไม่ใช่ (Never/No) ใช่ โปรดให้รายละเอียด (Yes, please give details)

10. ในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับความสูญเสียหรือเสียหายจากธุรกิจหยุดชะงักหรือภัยอื่นๆ ต่อสถานที่ที่ขอเอาประกันภัยนี้หรือไม่ ถ้าเคย โปรดให้รายละเอียด (During the past 5 years, have you ever sustained any loss or damage due to business interruption or any other peril against the location which is proposed to insure? If so, please give details.)
.....

11. ท่านเคยถูกปฏิเสธการรับประกันภัย บอกละเลิกสัญญาประกันภัย หรือปฏิเสธการต่ออายุประกันอัคคีภัย ประกันภัยความเสียหายต่อทรัพย์สิน หรือประกันภัยธุรกิจหยุดชะงักหรือไม่ (Has any Insurance Company ever declined to insure you against Fire, Accidental Damage (Property), or Business Interruption Insurance, or cancelled or refused to renew such insurance?) ไม่เคย(Never) เคย (Yes)
ถ้าเคย โปรดแจ้งชื่อบริษัทประกันภัยและระบุรายละเอียด (If yes, please state the name of Insurance Company and give details)
.....

12. งบการเงินที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ตรวจสอบบัญชี - ย้อนหลัง 3 ปี (Audited Annual Report - the last 3 years)
 มี (Yes) ไม่มี โปรดระบุเหตุผล (No, please state reasons)

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

ข้าพเจ้าขอรับรองข้อแถลงข้างต้น และข้าพเจ้าเข้าใจถึงความคุ้มครองที่จะได้รับภายใต้ข้อตกลง และเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย

I hereby certify the above statement and understand the coverage afforded under the insurance policy's agreement and conditions.

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

Date:

ลงชื่อ โดย(Signed by):.....

()

ตำแหน่ง(Company's position):

ผู้ขอเอาประกันภัย (Applicant)

คำเตือนสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

Notice of Office of Insurance Commission (OIC)

The Insured is obliged to answer all of the above questions truly. Non-disclosure of any facts or false statements by the Insured will cause this insurance contract voidable and the Insurance Company has its right to rescind the contract under the "Civil and

บริษัทได้มีการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน เพื่อการปฏิบัติตามคำขอฉบับนี้ และวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท โดยท่านสามารถศึกษาข้อมูลนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทได้ใน

https://www.mittare.com/web2016/?page_id=6504 หรือตาม QR Code นี้



Mittare Privacy Policy