

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

กรมธรรม์ประกันภัยอากาศยานซึ่งไม่มีนักบิน (DRONE INSURANCE)

1.	ผู้ขอเอาประกันภัย :		
	เบอร์โทร เมล์.....		
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 (ก.ก.).....
	ราคาที่ซื้อ.....	เครื่องหมายทะเบียน.....	จำนวนเครื่องยนต์/จำนวนใบพัด.....
	หมายเลขประจำเครื่อง.....	อุปกรณ์ที่ติดตั้ง	เพดานบินสูงสุด (เมตร)
	คลื่นความถี่ อุปกรณ์วิทยุที่ใช้ในการควบคุม/อุปกรณ์ที่ติดตั้งเพิ่ม		
5.1	เอกสารประกอบของผู้บังคับหรือปล่อยอากาศยานซึ่งไม่มีนักบิน(โดรน) เพื่อระบุความสามารถในการควบคุม อย่างน้อยหนึ่งข้อ ดังนี้ <input type="checkbox"/> กรณีบังคับควบคุมโดรนเพื่อการปฏิบัติงาน 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.....		

ข้าพเจ้าขอรับรองข้อมูลข้างต้น และข้าพเจ้าเข้าใจถึงความคุ้มครองที่จะได้รับภายใต้ข้อตกลง และเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้า ต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ตำแหน่ง.....

ผู้ขอเอาประกันภัย

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

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นที่จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

บริษัทได้มีการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน เพื่อการปฏิบัติตามคำขอฉบับนี้ และวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท โดยท่านสามารถศึกษาข้อมูลนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทได้ใน https://www.mittare.com/web2016/?page_id=6504 หรือตาม QR Code นี้

