

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 กรมธรรม์ประกันภัยความรับผิดตามกฎหมายต่อบุคคลภายนอก	
1.	ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย .....
2.	ที่อยู่ .....
3.	ลักษณะกิจการหรือธุรกิจที่เอาประกันภัย .....
4.	ท่านเริ่มดำเนินกิจการหรือธุรกิจเมื่อใด .....
5.	<p>โปรดระบุสถานที่ประกอบการที่ต้องการให้คุ้มครองตามรายละเอียดดังนี้</p> <p>5.1 ที่ตั้งสถานที่ประกอบการ.....</p> <p>5.2 ลักษณะการใช้สถานที่ประกอบการ.....</p> <p>5.3 ลักษณะสิ่งปลูกสร้าง <input type="checkbox"/> ครึ่งตึกครึ่งไม้ <input type="checkbox"/> คอนกรีต <input type="checkbox"/> ไม้</p> <p>5.4 จำนวนอาคาร.....</p> <p>5.5 ขนาดพื้นที่ใช้สอย.....ตารางเมตร</p>
6.	ท่านเป็นเจ้าของหรือผู้ให้เช่าหรือผู้เช่าสถานที่ประกอบการ.....
7.	ถ้ามีการให้เช่าหรือเช่าช่วงสถานที่ประกอบการ โปรดให้รายละเอียด.....
8.	ท่านได้ใช้หรือครอบครองอาคารทั้งหมดแต่ผู้เดียวหรือไม่ ถ้าไม่ โปรดระบุว่าส่วนไหนที่ท่านใช้หรือครอบครอง .....
9.	ท่านหรือลูกจ้างของท่านมีการปฏิบัติหน้าที่ภายนอกสถานที่ประกอบการหรือไม่ ถ้ามี โปรดให้รายละเอียด .....
10.	<p>จำนวนพนักงานทั้งหมดของท่าน :</p> <p>10.1 ที่ปฏิบัติงานเฉพาะภายในสถานที่ประกอบการ.....คน</p> <p>10.2 ที่ปฏิบัติงานเฉพาะภายนอกสถานที่ประกอบการ..... คน</p> <p>10.3 ที่ปฏิบัติงานทั้งภายในและภายนอกสถานที่ประกอบการ.....คน</p>
11.	รายได้ที่คาดว่าจะได้รับในระยะเวลาหนึ่งปี .....
12.	<p>ท่านต้องการความคุ้มครองความรับผิดจากการใช้ฟอรัคลิฟท์ เคน เครื่องจักรยก บันจัน หรือเครื่องจักร อื่น ๆ ที่ใช้ในการยกหรือไม่</p> <p>ถ้าต้องการ โปรดระบุรายละเอียดของเครื่องจักร.....</p> <p><b>หมายเหตุ</b> การประกันภัยนี้ ไม่คุ้มครองความรับผิดจากการใช้เครื่องจักรดังกล่าวข้างต้น เว้นแต่จะได้รับการรับประกันภัยไว้โดยชัดแจ้ง</p> <p>ในกรมธรรม์ประกันภัย</p> <p>12.1 โปรดระบุเครื่องจักรอื่นที่ใช้.....</p> <p>12.2 ตัวอาคาร เครื่องจักรหรือเครื่องมือของท่านได้รับการดูแลรักษาอย่างดีหรือไม่.....</p>
13.	ท่านมีการเก็บหรือใช้วัตถุระเบิดหรือเคมีในกิจการหรือธุรกิจของท่านหรือไม่ ถ้ามี โปรดให้รายละเอียด .....

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

14.	ได้เคยมีบุคคลภายนอกเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนจากท่านหรือไม่ โปรดให้รายละเอียด.....
15.	ท่านเคยเอาประกันภัยหรือขอเอาประกันภัยความรับผิดชอบบุคคลภายนอกหรือไม่ ถ้าเคย โปรดระบุชื่อบริษัทประกันภัย.....
16.	ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัยความรับผิดชอบบุคคลภายนอก หรือเคยถูกบอกเลิกสัญญา หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม สำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่ ถ้าเคย โปรดแจ้งชื่อบริษัทประกันภัยและระบุนายละเอียด.....
17.	ความคุ้มครองที่ขอเอาประกันภัย : <input type="checkbox"/> 17.1 ความรับผิดชอบตามกฎหมายซึ่งเกิดภายในสถานที่ประกอบการ หรือเกิดขึ้นจากการใช้สถานที่ประกอบการ <input type="checkbox"/> 17.2 ความรับผิดชอบตามกฎหมายอันเกิดจากผู้เอาประกันภัยหรือลูกจ้างของผู้เอาประกันภัย ซึ่งทำงานประจำ ณ สถานที่ประกอบการในขณะที่ออกไปปฏิบัติงานภายนอกสถานที่ประกอบการ <input type="checkbox"/> 17.3 ความคุ้มครองที่ต้องการเพิ่มเติมนอกจากข้อ 17.1 และ 17.2 (โปรดระบุ).....
18.	จำนวนเงินจำกัดความรับผิดชอบที่ขอเอาประกันภัย : 18.1 สำหรับอุบัติเหตุแต่ละครั้ง.....บาท 18.2 ตลอดระยะเวลาเอาประกันภัย.....บาท
19.	จำนวนเงินที่ผู้ขอเอาประกันภัยขอรับผิดชอบตนเองต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง.....บาท
20.	ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นที่ ..... เวลา ..... น. สิ้นสุดวันที่ ..... เวลา ..... 16.30 น.
<input type="checkbox"/> ประกันภัยตรง..... <input type="checkbox"/> ตัวแทนประกันภัย..... <input type="checkbox"/> นายหน้าประกันภัยรายนี้.....ใบอนุญาตเลขที่.....	

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อแถลงตามรายการข้างต้นเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัทฯ  
 ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและ  
 ส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

.....  
 ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

**คำเตือนสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)**  
**ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาที่**  
**ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865**

บริษัทได้มีการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน เพื่อการปฏิบัติตามคำขอฉบับนี้ และวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท โดยท่านสามารถศึกษาข้อมูลนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทได้ใน [https://www.mittare.com/web2016/?page\\_id=6504](https://www.mittare.com/web2016/?page_id=6504) หรือตาม QR Code นี้

