

บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
MUANG THAI INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

252 ถนนรัชดาภิเษก แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
252 Rachadaphisek Road, Huaykwang, Bangkok 10310
โทรศัพท์: 0 2665 4000, 0 2290 3333, โทรสาร: 0 2665 4166, 0 2274 9511, 0 2276 2033
Telephone: 0 2665 4000, 0 2290 3333, Facsimile: 0 2665 4166, 0 2274 9511, 0 2276 2033

Proposal ID

FM-APP-01-001

ใบคำขอเอาประกันภัยอัคคีภัย/ทรัพย์สิน

รหัสพนักงานชาย Housing Loan

ชื่อ เบอร์โทร.

รหัสทีมชาย สาขาที่ลูกค้าใช้บริการ

เพื่อออกกรมธรรม์ ขอทราบเบี้ย ขอหนังสือเสนอราคา (โทรแจ้ง)

ประเภทการประกันภัย การประกันภัยอัคคีภัย การประกันภัย Industrial All Risks

กรณีมิได้ระบุประเภทของการประกันภัย ให้ถือว่าข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยประเภทการประกันภัย

1. ผู้เอาประกันภัย (เจ้าของหลักประกัน) ชื่อ <input type="text"/> นามสกุล <input type="text"/> <input type="checkbox"/> เป็นเจ้าของ <input type="checkbox"/> เป็นผู้เช่า เลขที่บัตรประชาชน <input type="text"/> โทร. <input type="text"/> โทร.มือถือ <input type="text"/> e-mail <input type="text"/>	
2. กรอกเฉพาะลูกค้าสถาบันการเงิน เลขที่บัญชีตามหนังสือมอบอำนาจ/หนังสือยินยอมให้หักบัญชีของผู้กู้ <input type="text"/> ลำดับที่ชุดหลักประกันจากระบบ CAT <input type="text"/> เลขที่ LPM. ของผู้กู้ <input type="text"/> เลขที่ CIS ของผู้กู้ <input type="text"/>	
3. สถานที่ตั้งหรือเก็บทรัพย์สินที่เอาประกันภัย เลขที่ <input type="text"/> หมู่ที่ <input type="text"/> หมู่บ้าน <input type="text"/> อาคาร/ ชั้น <input type="text"/> ห้อง <input type="text"/> ซอย <input type="text"/> ถนน <input type="text"/> ตำบล/แขวง <input type="text"/> อำเภอ/เขต <input type="text"/> จังหวัด <input type="text"/> รหัสไปรษณีย์ <input type="text"/>	
4. ที่อยู่ติดต่อได้ <input type="checkbox"/> ตามที่ตั้งทรัพย์สิน หรือ เลขที่ <input type="text"/> หมู่ที่ <input type="text"/> หมู่บ้าน <input type="text"/> อาคาร/ ชั้น <input type="text"/> ห้อง <input type="text"/> ซอย <input type="text"/> ถนน <input type="text"/> ตำบล/แขวง <input type="text"/> อำเภอ/เขต <input type="text"/> จังหวัด <input type="text"/> รหัสไปรษณีย์ <input type="text"/>	
5. ผู้ชำระค่าเบี้ยเป็น <input type="checkbox"/> บุคคลธรรมดา <input type="checkbox"/> นิติบุคคล (ระบุชื่อผู้รับเงินในใบเสร็จรับเงิน) ที่อยู่ในใบเสร็จรับเงิน <input type="checkbox"/> ตามที่อยู่ติดต่อได้ <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ) <input type="text"/>	
6. ระยะเวลาประกันภัย <input type="checkbox"/> 1 ปี <input type="checkbox"/> 2 ปี <input type="checkbox"/> 3 ปี <input type="checkbox"/> _____ เดือน เริ่มวันที่ _____ 16.00 น. สิ้นสุดวันที่ _____ 16.00 น.	
7. รายละเอียดทรัพย์สินที่เอาประกันภัย สิ่งปลูกสร้าง <input type="text"/> เฟอร์นิเจอร์ <input type="text"/> สต็อกสินค้า (ระบุประเภท) <input type="text"/> เครื่องจักร (ระบุประเภท) <input type="text"/> ทรัพย์สินอื่นๆ (ระบุประเภท) <input type="text"/> จำนวนเงินเอาประกันภัยฉบับนี้ <input type="text"/>	จำนวนเงินเอาประกันภัยทั้งสิ้น <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
8. ปัจจุบันมีประกันภัยอยู่กับบริษัท <input type="checkbox"/> จำนวนเงินเอาประกันภัย <input type="text"/> บาท	
9. รายละเอียดของสิ่งปลูกสร้างที่เอาประกันภัยและหรือที่เก็บหรือที่ติดตั้งทรัพย์สินที่เอาประกันภัย จำนวนชั้น <input type="checkbox"/> 1 ชั้น <input type="checkbox"/> 2 ชั้น <input type="checkbox"/> 3 ชั้น <input type="checkbox"/> 4 ชั้น <input type="checkbox"/> _____ ชั้น ฝ้าผนัง <input type="checkbox"/> ก่ออิฐ <input type="checkbox"/> ครึ่งตึกครึ่งไม้ <input type="checkbox"/> ไม้ <input type="checkbox"/> สังกะสี <input type="checkbox"/> _____ พื้นชั้นบน <input type="checkbox"/> คอนกรีต <input type="checkbox"/> ไม้ <input type="checkbox"/> ไม้/คอนกรีต <input type="checkbox"/> _____ โครงหลังคา <input type="checkbox"/> คอนกรีต <input type="checkbox"/> เหล็ก <input type="checkbox"/> ไม้ <input type="checkbox"/> _____ หลังคา <input type="checkbox"/> ลาดฟ้า <input type="checkbox"/> กระเบื้อง <input type="checkbox"/> สังกะสี <input type="checkbox"/> _____ จำนวน _____ คูหา _____ หลัง _____ ห้อง พื้นี่อาคารกว้าง _____ เมตร ยาว _____ เมตร พื้นี่รวม _____ ตารางเมตร ระยะห่างโดยรอบจากสิ่งปลูกสร้างอื่น <input type="checkbox"/> ไม่เกิน 10 เมตร <input type="checkbox"/> ตั้งแต่ 10 เมตรขึ้นไป เอกสารประกอบ <input type="checkbox"/> แผนที่ <input type="checkbox"/> แบบสำรวจ <input type="checkbox"/> ใบแจกแจงประเภททรัพย์สินแต่ละอาคาร (กรณีมีหลายหลัง) <input type="checkbox"/> สัญญาเช่า (กรณีทำสิทธิการเช่า)	
10. อุปกรณ์ดับเพลิง (ถ้ามี) <input type="checkbox"/> ถังดับเพลิงเคมี <input type="checkbox"/> ท่อดับเพลิงภายใน <input type="checkbox"/> ท่อดับเพลิงภายนอก <input type="checkbox"/> บิมน้ำ/เครื่องสูบน้ำดับเพลิง ระบุได้มากกว่า 1 ข้อ <input type="checkbox"/> Sprinkler <input type="checkbox"/> Smoke/Heat Detector <input type="checkbox"/> Fire Alarm <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ) <input type="text"/>	
11. สถานที่ใช้เป็น <input type="checkbox"/> ที่อยู่อาศัย <input type="checkbox"/> สำนักงาน <input type="checkbox"/> ร้านค้า (ระบุประเภทสินค้า) <input type="checkbox"/> โรงงาน (ระบุประเภทกิจการ) ระบุได้มากกว่า 1 ข้อ <input type="checkbox"/> โกดัง (ระบุประเภทสินค้า) <input type="checkbox"/> อู่ซ่อมรถ <input type="checkbox"/> ฟันสี <input type="checkbox"/> ไม่ฟันสี <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุประเภท) <input type="text"/>	
12. ภัยเพิ่มพิเศษ 12.1 <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการภัยเพิ่มพิเศษใด ๆ 12.2 <input type="checkbox"/> ลมพายุ <input type="checkbox"/> ลูกเห็บ <input type="checkbox"/> ระเบิด <input type="checkbox"/> ทางอากาศยาน <input type="checkbox"/> จากขีปนาวุธ <input type="checkbox"/> แผ่นดินไหว <input type="checkbox"/> จากควีน ระบุได้มากกว่า 1 ข้อ <input type="checkbox"/> น้ำท่วม <input type="checkbox"/> เนื่องจากน้ำ <input type="checkbox"/> ระอุ <input type="checkbox"/> จลาจลและนัดหยุดงานฯ <input type="checkbox"/> ภัยต่อเครื่องไฟฟ้า วงเงิน _____ บาท	
13. ผู้รับผลประโยชน์ <input type="text"/> ภายในวงเงิน <input type="text"/> บาท	
กรณีบริษัท ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ติดต่อ คุณ _____ โทรศัพท์ _____ ลงชื่อ _____ ผู้ขอเอาประกันภัย	
รหัสตัวแทน <input type="text"/> ชื่อตัวแทน <input type="text"/> โทรศัพท์ <input type="text"/> Survey Report No. <input type="text"/> ผู้อนุมัติ <input type="text"/>	