



บริษัท ไทยเซตาวิประกันภัย จำกัด (มหาชน)

THE THAI SETAKI INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

87 อาคารเอ็ม.ไทย ทาวเวอร์ ออล ซีซั่น เพลส ชั้นที่ 15 ห้องเลขที่ 1 และ 4-6 ถนนวิภาวดี แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10330
87 M. Thai Tower, All Seasons Place, 15th Floor, Unit No. 1 and 4-6, Wireless Road, Lumpini, Pathumwan, Bangkok 10330

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี / TAX ID: 0107536000200

HOTLINE 1352 02-853-8888 02-853-8889

www.tsi.co.th

ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยที่เอสไอ มาย โฮม (TSI My Home Application)

1. ข้อมูลผู้เอาประกันภัย

ชื่อผู้เอาประกันภัย.....
เลขที่บัตรประชาชน.....
ที่อยู่ปัจจุบัน: เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
สถานที่ทำงาน: เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

2. สถานที่ตั้งทรัพย์สินเอาประกันภัย

เลขที่..... หมู่ที่..... ชื่อหมู่บ้าน..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

พิกัด ละติจูด : □□.□□□□□□

GPS ลองจิจูด : □□□.□□□□□□

รายละเอียดของสิ่งปลูกสร้างที่เอาประกันภัย

- ☐ เป็นเจ้าของ ☐ ผู้เช่า
☐ ทาวเฮ้าส์ ☐ บ้านเดี่ยว ☐ ตึกแถว ☐ คอนโด ☐ อพาร์ทเมนต์ ☐ แฟลต

จำนวนชั้น.....จำนวนคูหาหรือหลัง.....พื้นที่ตัวอาคาร กว้าง.....เมตร ยาว.....เมตร พื้นที่ใช้สอยรวม.....ตารางเมตร

ลักษณะสิ่งปลูกสร้าง

ผนังด้านนอกเป็น	พื้นชั้นบนเป็น	โครงหลังคาเป็น	หลังคาเป็น
ก่ออิฐถือปูน	<input type="checkbox"/> คอนกรีต <input type="checkbox"/> ไม้	<input type="checkbox"/> คอนกรีต <input type="checkbox"/> เหล็ก <input type="checkbox"/> ไม้	<input type="checkbox"/> คาดฟ้า <input type="checkbox"/> กระเบื้อง <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....

3. หมวดความคุ้มครองที่ขอเอาประกันภัย

ข้อตกลงคุ้มครอง

จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)

☐ หมวด 1 การประกันอัคคีภัยและภัยเพิ่มเติม

1. ทรัพย์สินที่เอาประกันภัย
1.1 สิ่งปลูกสร้าง (ไม่รวมฐานราก).....บาท
1.2 ทรัพย์สินภายในสิ่งปลูกสร้าง.....บาท
1.3 อื่นๆ ระบุ.....บาท
ชื่อผู้รับประกันภัย.....

รวมจำนวนเงินเอาประกันภัย

☐ หมวด 2 การประกันภัยโจรกรรม (จร.2) ความสูญเสียหรือความเสียหายสูงสุดไม่เกิน.....บาทต่อครั้ง

และสูงสุดไม่เกิน.....บาทตลอดระยะเวลาเอาประกันภัย

☐ หมวด 3 การประกันภัยสำหรับเงิน

1. ความสูญเสียของเงินภายในสถานที่เอาประกันภัย
2. ความสูญเสียของเงินภายในตู้เงินหรือห้องนิรภัย
3. ความเสียหายต่อตู้เงินหรือห้องนิรภัย

☐ หมวด 4 การประกันภัยกระจก ความเสียหายสูงสุดไม่เกิน.....บาทต่อครั้ง

และสูงสุดไม่เกิน.....บาทตลอดระยะเวลาเอาประกันภัย

☐ หมวด 5 การประกันภัยความรับผิดชอบต่อบุคคลภายนอก สูงสุดไม่เกิน.....บาทต่อครั้ง

และสูงสุดไม่เกิน.....บาทตลอดระยะเวลาเอาประกันภัย



บริษัท ไทยเซตาκι์ประกันภัย จำกัด (มหาชน)

THE THAI SETAKI INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

87 อาคารเอ็ม.ไทย ทาวเวอร์ ออล ซีซั่นสเพลส ชั้นที่ 15 ห้องเลขที่ 1 และ 4-6 ถนนวิทยุ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
87 M. Thai Tower, All Seasons Place, 15th Floor, Unit No. 1 and 4-6, Wireless Road, Lumpini, Pathumwan, Bangkok 10330

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี / TAX ID: 0107536000200

HOTLINE 1352 02-853-8888 02-853-8889

www.tsi.co.th

☐ หมวด 6 การประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล (ผู้เอาประกันภัย หรือคู่สมรส หรือบุตรของผู้เอาประกันภัย)

1. กรณีเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง

2. ค่ารักษาพยาบาล

- กรณีเสียชีวิตของผู้เอาประกันภัย.....บาทต่อคน ค่ารักษาพยาบาล.....บาทต่อคน จำนวน.....คน

- กรณีเสียชีวิตของคู่สมรสของผู้เอาประกันภัย.....บาทต่อคน ค่ารักษาพยาบาล.....บาทต่อคน จำนวน.....คน

- กรณีเสียชีวิตของบุตรของผู้เอาประกันภัย.....บาทต่อคน ค่ารักษาพยาบาล.....บาทต่อคน จำนวน.....คน

ผู้ได้รับความคุ้มครอง

1. ชื่อ-นามสกุล.....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน.....ผู้รับประโยชน์.....ความสัมพันธ์.....

2. ชื่อ-นามสกุล.....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน.....ผู้รับประโยชน์.....ความสัมพันธ์.....

3. ชื่อ-นามสกุล.....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน.....ผู้รับประโยชน์.....ความสัมพันธ์.....

4. เริ่มคุ้มครองวันที่...../...../.....เวลา.....สิ้นสุดวันที่...../...../.....เวลา 16.30 น.

5. ท่านได้มีการทำประกันภัยทรัพย์สินที่ขอเอาประกันภัยแล้วหรือไม่ ถ้ามีโปรดระบุชื่อบริษัทประกันภัยและจำนวนเงินเอาประกันภัย ดังนี้

- | | | | |
|---|--------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| 1. การประกันอัคคีภัย | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | บริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัย..... |
| 2. การประกันภัยโจรกรรม | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | บริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัย..... |
| 3. การประกันภัยสำหรับเงิน | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | บริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัย..... |
| 4. การประกันภัยสำหรับกระจก | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | บริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัย..... |
| 5. การประกันภัยความรับผิดชอบบุคคลภายนอก | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | บริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัย..... |
| 6. การประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | บริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัย..... |

6. ท่านเคยประสบความเสียหายจากอัคคีภัย หรือภัยอื่นๆ ณ สถานที่นี้หรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดแจ้งรายละเอียด ชื่อบริษัทประกันภัย.....จำนวนเงินความเสียหาย.....บาท

7. การกำหนดจำนวนเงินเอาประกันภัย และการชดเชยค่าสินไหมทดแทน สำหรับหมวดที่ 1

☐ กำหนดจำนวนเงินเอาประกันภัย ตามวิธีมูลค่าทรัพย์สินที่เป็นของใหม่และชดเชยค่าสินไหมทดแทนตามวิธีมูลค่าทรัพย์สินที่เป็นของใหม่ ณ เวลา และสถานที่ที่เกิดความเสียหาย

☐ กำหนดจำนวนเงินเอาประกันภัย ตามวิธีมูลค่าที่แท้จริงของทรัพย์สินและชดเชยค่าสินไหมทดแทนตามวิธีมูลค่าที่แท้จริงของทรัพย์สิน ซึ่งเท่ากับมูลค่าทรัพย์สินที่เป็นของใหม่ หักด้วยค่าเสื่อมราคา ณ เวลา และสถานที่ที่เกิดความเสียหาย

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ และตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิด ไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อมูลของข้าพเจ้าต่อ สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ลงชื่อผู้เอาประกันภัย.....

วันที่...../...../.....

☐ การประกันภัยโดยตรง

☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย

☐ นายหน้าประกันวินาศภัย

ใบอนุญาตเลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อเท็จจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865