



แบบฟอร์มสำหรับการเอาประกันอัคคีภัย (บ้านที่อยู่อาศัย คอนกรีตลัวน) Fire Insurance Proposal form

ผู้เอาประกันภัย:	
Name Insured	
ที่อยู่:	
Address	
ระยะเวลาเอาประกันภัย: เริ่มจากวันที่	ถึง
Period: Start Date	to
เลขที่ตั้ง/สถานที่ตั้งทรัพย์สิน:	
Property of Location	
รายละเอียดของสิ่งปลูกสร้างที่เอาประกันภั Description of Building insured of cor	ย และ/หรือที่เก็บหรือดิดตั้งทรัพย์สินที่เอาประกัน
ผนัง:	พื้นชั้นบน :
Wall	Upper Floor
โครงหลังคา :	หลังคา :
Roof Beam	Roof
จำนวนชั้น:	
Number of Storey	
จำนวนห้อง:	
Number of Room	
พื้นที่อาคาร:	ตร.ม.
Internal Area	M²
ลักษณะโครงสร้างของสถานที่ใกล้เคียง (ข่	ร้าย-ขาา-หญ้า-หลัง):
Description of surround (Left-Right-F	
bescription of surround (Left Right)	Tone Reary
ระยะห่างจากสิ่งปลูกสร้างอื่น ๆ: Distance form surrounding	
Distance form surrounding	
ด้านหน้า	เมตร
Front	m.
ด้านหลัง	เมตร
Rear	m.
ด้านช้าย	เมตร
Left	m.
ด้านขวา	เมตร
Right	m.





การถือครองสถานที่เอาประกันภัย: Please specify that the Proposer occupy the land	and building as Owner or To	enant		
() เป็นเจ้าของ () เช่า โดยสัญญาระบุ ระยะเวลา Owner Tenant: period	บี vears			
	_,			
ผู้รับผลประโยชน์ ระบุ : Beneficiary (please state)				
ระบบป้องกันอัคคีภัย : Fire Protection				
มาตราการการป้องกันอัดดีภัย : Fire Prevention				
ระบบรักษาความปลอดภัย : Security System				
การใช้สถานที่ใช้เป็น (เช่น ที่อยู่อาศัย,สำนักงาน ฯลฯ):_ Occupancy (Dwelling, Office, etc.)				
ประเภทธุรกิจ:				
ทรัพย์สินที่เอาประกันภัย: Property of Insurance				
ทรัพย์สินที่เอาประกันภัย Property of Insured	<u>ทุนประกันภัย</u> Sum Insured			
ก) สิ่งปลูกสร้าง (ไม่รวมรากฐาน) A) Building (excluding foundation)		บาท Baht		
ข) ทรัพย์สินภายในสิ่งปลูกสร้าง B) Contents		บาท Baht		
ค) สต๊อกสินค้า (โปรดระบุ) C) Stock (please state)		บาท Baht		
ง) ทรัพย์สินอื่น ๆ (โปรดระบุ) D) Other (please state)		บาท Baht		
ในขณะนี้ท่านมีการทำประกันภัยไว้กับบริษัทอื่น หรือไม่ (ถ้ามี โปรดระบุ) : Is your property currently insured? (If Yes, please state)				





เนช่วง 5 บทผานมา ทรพยสนของท่าน เคย เดรบความเลยหาย หรอ เม : Have you made a claim in the past 5 years?					
ถ้ามี โปรดระบุสาเหตุความเสียหาย :					
If yes, kindly please provide cause	e of damage				
			ลงลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย Applicant′s Signature		
			วันที่ (วัน/เดือน/ปี) Date (DD/MM/YY)		

คำเดือนสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็น เท็จ จะมีผลให้สัญญานี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้

Warning of the Office of Insurance Commission (OIC)

You must answer every question truthfully. Concealment or misstatement of facts by the Insured shall render the contract voidable, in which case the Company shall be entitled to nullify the contract pursuant to Section 865 of the Civil and Commercial Code and may refuse to settle the claim.