



## รายละเอียดข้อมูล เพื่อการทำกรมธรรม์ประกันอัคคีภัยทั่วไป

1.	ผู้เอาประกันภัย ชื่อ ..... นามสกุล .....		
	เลขบัตรประชาชน ..... โทรศัพท์มือถือ ..... E-mail .....		
2.	ที่อยู่ติดต่อได้ เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... หมู่บ้าน/อาคาร ..... ชั้น ..... ห้อง .....		
	ซอย ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....		
	อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....		
3.	สถานที่ตั้งหรือเก็บทรัพย์สินที่เอาประกันภัย <input type="checkbox"/> ที่อยู่ติดต่อได้ หรือ เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... หมู่บ้าน/อาคาร .....		
	ชั้น ..... ห้อง ..... ซอย ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....		
	อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....		
4.	ที่อยู่ในใบเสร็จรับเงิน <input type="checkbox"/> ที่อยู่ติดต่อได้ <input type="checkbox"/> ที่อยู่สถานที่ตั้งหรือเก็บทรัพย์สินที่เอาประกันภัย		
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ) .....		
5.	ระยะเวลาประกันภัย เริ่มต้นวันที่ ..... เวลา 16.00 น. สิ้นสุดวันที่ ..... เวลา 16.00 น.		
6.	รายละเอียดทรัพย์สินที่เอาประกันภัย (กรุณาระบุตามมูลค่าที่แท้จริงของทรัพย์สิน) <span style="float: right;">จำนวนเงินเอาประกันภัยทั้งสิ้น</span>		
	สิ่งปลูกสร้าง (ไม่รวมฐานราก) .....	บาท	
	เฟอร์นิเจอร์ เครื่องตกแต่งติดตั้งเสร็จแล้ว .....	บาท	
	สต็อกสินค้า (ระบุ) .....	บาท	
	เครื่องจักร (ระบุ) .....	บาท	
	อื่นๆ (ระบุ) .....	บาท	
	จำนวนเงินเอาประกันภัยรวมทั้งสิ้น	บาท	
7.	รายละเอียดของสิ่งปลูกสร้างที่เอาประกันภัยและ/หรือที่เก็บหรือที่ตั้งทรัพย์สินที่เอาประกันภัย		
	จำนวนชั้น <input type="checkbox"/> 1 ชั้น <input type="checkbox"/> 2 ชั้น <input type="checkbox"/> 3 ชั้น <input type="checkbox"/> 4 ชั้น <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ) ..... ชั้น		
	ฝ้าเพดาน <input type="checkbox"/> คอนกรีตเสริมเหล็ก อิฐ หิน อิฐบล็อก <input type="checkbox"/> ครึ่งตึกครึ่งไม้ <input type="checkbox"/> ไม้ <input type="checkbox"/> สังกะสี <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ) .....		
	พื้นชั้นบน <input type="checkbox"/> คอนกรีตเสริมเหล็ก <input type="checkbox"/> ไม้ <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ) .....		
	โครงหลังคา <input type="checkbox"/> คอนกรีตเสริมเหล็ก <input type="checkbox"/> เหล็ก <input type="checkbox"/> ไม้ <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ) .....		
	หลังคา <input type="checkbox"/> คอนกรีตเสริมเหล็ก <input type="checkbox"/> กระเบื้อง <input type="checkbox"/> สังกะสี <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ) .....		
	จำนวน ..... คูหา หลัง ..... ห้อง ..... พื้นที่อาคารกว้าง ..... เมตร ยาว ..... เมตร พื้นที่รวม ..... ตารางเมตร		
	ระยะห่างโดยรอบจากสิ่งปลูกสร้างอื่น <input type="checkbox"/> ไม่เกิน 10 เมตร <input type="checkbox"/> ตั้งแต่ 10 เมตรขึ้นไป		
	ในฐานะ <input type="checkbox"/> เจ้าของ <input type="checkbox"/> ผู้เช่า		
8.	สถานที่ใช้เป็น <input type="checkbox"/> ที่อยู่อาศัย <input type="checkbox"/> สำนักงาน <input type="checkbox"/> ร้านค้า ..... <input type="checkbox"/> โรงงาน.....		
	ระบุได้มากกว่า 1 ข้อ (ระบุประเภทสินค้า) (ระบุประเภทกิจการ)		
	<input type="checkbox"/> โกดัง ..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ) .....		
	(ระบุประเภทสินค้า)		
9.	อุปกรณ์ดับเพลิง (ถ้ามี) <input type="checkbox"/> ถังดับเพลิงเคมี <input type="checkbox"/> ท่อดับเพลิงภายใน <input type="checkbox"/> ท่อดับเพลิงภายนอก <input type="checkbox"/> บั๊มน้ำ/เครื่องสูบน้ำดับเพลิง		
	ระบุได้มากกว่า 1 ข้อ <input type="checkbox"/> Sprinkler <input type="checkbox"/> Smoke/Heat Detector <input type="checkbox"/> Fire Alarm <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ) .....		
10.	ภัยเพิ่มพิเศษ (นอกเหนือจากความคุ้มครองมาตรฐาน : ภัยไฟไหม้ ฟ้าผ่า และภัยแรงระเบิดของแก๊ส ที่ใช้สำหรับทำแสงสว่างหรือประโยชน์เพื่อการอยู่อาศัยเท่านั้น)		
	10.1 <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการภัยเพิ่มพิเศษใดๆ		
	ระบุได้มากกว่า 1 ข้อ 10.2 <input type="checkbox"/> ภัยระเบิด <input type="checkbox"/> ภัยเวดยานพาหนะ <input type="checkbox"/> ภัยอากาศยาน <input type="checkbox"/> ภัยเนื่องจากน้ำ (ไม่รวมน้ำท่วม)		
	<input type="checkbox"/> ภัยจากควั่น <input type="checkbox"/> ภัยจากการนัดหยุดงาน การจลาจล หรือการกระทำอันมีเจตนาร้าย <input type="checkbox"/> ภัยต่อเครื่องไฟฟ้า		
11.	ผู้รับผลประโยชน์ ..... จำนวนเงินเอาประกันภัย..... บาท		
12.	ท่านได้มีการทำประกันภัยไว้กับบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) ..... จำนวนเงินเอาประกันภัย..... บาท		

กรุณากรอกข้อมูลตามความเป็นจริง มิฉะนั้นจะผลกับการพิจารณารับประกันภัย

ลงลายมือชื่อ..... ผู้ขอเอาประกันภัย

วันที่ ...../...../.....

(.....)