LMG Insurance Public Company Limited
14th, 15th, 17th and 19th Floor, Jasmine City Building,
No. 2 Soi Sukhumvit 23, Sukhumvit Road,
Klongtoey Nua, Wattana, Bangkok 10110

บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด (มหาชน)
ชั้นที่ 14, 15, 17 และ 19 อาคารจัสมินซิตี้
เลขที่ 2 ซอยสุขุมวิท 23 ถนนสุขุมวิท
แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110
ทะเบียนเลขที่/เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107555000171

โทรศัพท์ 02661 6000
โทรสาร 0 2665 2728
www.lmginsurance.co.th

ใบคำขอเอาประกันภัย Application Form – SME Ultra Value

ใบคำขอเอาประกันภัยนี้ ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัย และการประกันภัยจะมีผลบังคับเมื่อทางบริษัทฯ ได้อนุมัติใบคำขอแล้ว

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้คำตอบด้านล่างตามความจริงทุกข้อมิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดตามสัญญาประกันภัยได้ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

Please complete all sections to facilitate the processing of your application. This is a part of the insurance contract and the insurance will commence when the company approves the application.

Reminder of Office of the Insurance Commission (OIC):

Give answers to all questions below truthfully otherwise the company may have caused to deny liability under the Policy in accordance with session 865 of the Civil & Commercial Code.

นายหน้า/ตัวแทน
Name of Agent/Broker: _____

ข้อมูลผู้สมัครเอาประกันภัย Particulars of Applicant

ชื่อผู้เอาประกันภัย Insured Name:	เลขประจำตัวประชาชน ID No.:
_____	_____

ที่อยู่ Address:	รหัสไปรษณีย์ Postal Code
_____	( )

อีเมล Email:	หมายเลขโทรศัพท์ Contact No.:
_____	_____

สถานที่ตั้งหรือเก็บทรัพย์สินที่เอาประกันภัย Location of Property Insured

ชื่อสถานที่ประกอบการ Name of Outlet	ลักษณะการประกอบการ Type of Business
_____	_____

สถานที่ตั้งหรือเก็บทรัพย์สินที่เอาประกันภัย Location of Property Insured

ที่อยู่ Address:	รหัสไปรษณีย์ Postal Code
_____	( )

ใบคำขอเอาประกันภัย **Application Form – SME Ultra Value**

ปีที่เริ่มดำเนินการ Year of operation: _____	ประเภทธุรกิจ Type of business: _____

ระยะเวลาเอาประกันภัย
Period of Insurance:

เริ่มวันที่ From	เวลา 16.00 น. At 4.00 pm.	สิ้นสุดวันที่ To	เวลา 16.30 น. At 4.30 pm.
_____		_____	

รายละเอียดทรัพย์สินที่เอาประกันภัย และจำนวนเงินเอาประกันภัย Details of Property Insured and Sum Insured

สิ่งปลูกสร้าง (ไม่รวมฐาน) Building (Excluding Foundation): _____ บาท THB	เฟอร์นิเจอร์ Furniture: _____ บาท THB	เครื่องจักร โปรดระบุชนิด/ประเภทสินค้า Machinery Stock Type (Please clarify): _____
สต็อคสินค้า (โปรดระบุ) Stock (Please clarify): _____ บาท THB	อื่น ๆ (โปรดระบุ) Others (Please clarify): _____ บาท THB	รวมทุนประกันภัย Total Sum Insured: _____ บาท THB
ลักษณะสิ่งปลูกสร้างที่เอาประกันภัย Description of Property Insured:		
ผนัง Wall: ☐ ก่ออิฐ Brick ☐ อิฐ/ไม้ Brick/Wooden	พื้นชั้นบน Upper Floor: ☐ คอนกรีต Concrete ☐ ไม้ Wooden	โครงหลังคา Roof Beam: ☐ ไม้ Wooden ☐ เหล็ก Steel
หลังคา Roof: ☐ ดาดฟ้า Deck ☐ กระเบื้อง Tile	จำนวนชั้น No. of Storey (s): _____	จำนวนคูหา/หลัง/ยูนิต No. of Building: _____
พื้นที่ภายในอาคาร Internal Area: _____ ตรม. Sqm.	ผู้เอาประกันภัยมีฐานะเป็น Insured Status: ☐ เจ้าของ Owner ☐ ผู้เช่า Lessee	สถานที่เอาประกันภัยอยู่ในศูนย์การค้าใช่หรือไม่ Is the premises in the shopping center? : ☐ ใช่ Yes ☐ ไม่ใช่ No

ใบคำขอเอาประกันภัย **Application Form – SME Ultra Value**

ผู้รับผลประโยชน์ Name of Beneficiary:		ความสัมพันธ์ Relationship:
ในขณะนี้ทรัพย์สินของท่านมีการประกันภัยไว้หรือไม่ Is your property currently insured? ☐ ไม่มี No ☐ มี Yes	ถ้ามี กรุณาระบุชื่อบริษัทประกันภัย If Yes, please provide name of insurance company: _____	จำนวนเงินเอาประกันภัย Sum Insured: _____ บาท THB

ประวัติความเสียหายในรอบ 3 – 5 ปี ที่ผ่านมา
Loss experience in past 3 – 5 years

☐ ไม่มี No ☐ มี (กรุณาระบุรายละเอียด) If Yes, please clarify: _____

ความคุ้มครองที่ต้องการซื้อเพิ่มเติม
Additional Coverage:

☐ ภัยน้ำท่วม Flood	วงเงินซื้อเพิ่มเติม Sum Insured _____ บาท THB
☐ ความรับผิดตามกฎหมายต่อบุคคลภายนอก Public Liability	วงเงินซื้อเพิ่มเติม Sum Insured _____ บาท THB
☐ ความคุ้มครองที่ต้องการซื้อเพิ่มเติมอื่น ๆ Other coverage	วงเงินซื้อเพิ่มเติม Sum Insured _____ บาท THB

กรุณาระบุรายละเอียด)
If Yes, please clarify:

_____

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

And I agree that LMG Insurance Public Company Limited may collect, use and disclose my information to the Office of Insurance Commission (OIC) for the purpose of insurance system governance.

_____	_____
วันที่ Date	ลงชื่อผู้เอาประกันภัย Signatory of Insured
_____	_____
วันที่ Date	ลงชื่อสาขา / นายหน้า / ตัวแทน Signatory of Branch / Broker / Agent