

ใบคำขอเอาประกันภัย แอลเอบีจี

LMG SME VALUE APPLICATION FORM

1. ชื่อผู้เอาประกันภัย อีเมลล์.....
Applicant Name Email.....
ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์.....
Address Tel. No.....
สถานที่ที่เอาประกันภัย เลขที่..... ซอย..... ถนน.....
Address of Premises to be insured No. Soi Road.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
District Amphur Province Post Code.....
2. ระยะเวลาเอาประกันภัย เริ่มวันที่..... เวลา 16.00 สิ้นสุดวันที่..... เวลา 16.00 น.....
Insurance Period From at 4.00 pm. To at 4.00 pm.

3. ประเภทธุรกิจ / Type of Enterprises
 สถานประกอบการ / Enterprise ธุรกิจบริการ / Servicing Business ร้านค้าย่อย /Shop Owner
ชื่อสถานที่ประกอบการ..... ลักษณะการประกอบการ.....
Name of Outlet Type of Business.....

4. จำนวนเงินเอาประกันภัย / Sum Insured
รายละเอียดทรัพย์สินที่เอาประกันภัย / Detail of Property Insured
สิ่งปลูกสร้าง (ไม่รวมรากฐาน) (ทาวน์เฮ้าส์ / อาคารพาณิชย์) บาท
Details of Premises (Townhouse / Commercial Building)
เฟอร์นิเจอร์ เครื่องตกแต่งติดตั้งเครื่องใช้ไฟฟ้า บาท
Furniture, Fixture, Fitting, Electrical Appliances
สต็อกสินค้า (โปรดระบุชนิด / ประเภทสินค้า)..... บาท
Stock (please clarify)
รวมทุนประกันภัย บาท
Total Sum Insured
เบี้ยประกันภัย (รวมภาษีอากร) บาท
Insurance Premium (Inclusive of VAT and Stamp)

5. ลักษณะสิ่งปลูกสร้างที่เอาประกันภัย ทาวน์เฮ้าส์ อาคารพาณิชย์ อื่นๆ โปรดระบุ.....
Details of Property Insured Townhouse Commercial Building

ผนัง / Wall	พื้นชั้นบน / Upper Floor	โครงหลังคา / Roof Beam	หลังคา / Roof
<input type="radio"/> ก่ออิฐ / Brick <input type="radio"/> ก่ออิฐ/ไม้ / Brick/Wooden	<input type="radio"/> คอนกรีต / Concrete <input type="radio"/> ไม้ / Wooden	<input type="radio"/> ไม้ / Wooden <input type="radio"/> เหล็ก / Steel	<input type="radio"/> าดาดฟ้า / Deck <input type="radio"/> กระเบื้อง / Tile
จำนวนชั้น..... ชั้น No. Of Storey	จำนวน..... คูหา/หลัง/ยูนิต No. Of Building	พื้นที่ภายในอาคาร..... ตร.ม. Internal Area (sqm.)	

6. ผู้เอาประกันภัยมีฐานะเป็น / Status of Insured เจ้าของ / Owner ผู้เช่า / Lessee
7. ผู้รับผลประโยชน์ / Beneficiary's name.....
8. ในขณะที่ทรัพย์สินของท่านมีการประกันภัยไว้หรือไม่ / Is your property currently insured มี / Yes ไม่มี / No
ถ้ามี กรุณาระบุชื่อบริษัทประกันภัย จำนวนเงินเอาประกันภัย.....
If yes, please give name of insurance company Sum Insured
9. ลงชื่อผู้เอาประกันภัย / Insured's signature..... วันที่ / Date.....
10. ลงชื่อสาขา / นายหน้า / ตัวแทน..... วันที่.....
Branch / Broker / Agent's signature Date.....

หมายเหตุ : ใบคำขอเอาประกันภัยนี้ ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัย และการประกันภัยจะมีผลบังคับเมื่อทางบริษัทฯ ได้อนุมัติใบคำขอแล้ว
Remark : This application is a part of the insurance contract and the insurance will commence when the company approve the application.

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาที่ตนเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอก
ล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้

IMPORTANT NOTICE

Pursuant to Section 865 of the Insurance Act, 1992 - you are to disclose in the proposal form, fully and faithfully all the facts which you know or ought to know, otherwise the policy issued hereunder may be void.