



รายละเอียดข้อมูล เพื่อการคุ้มครอง ประกันอัคคีภัยทั่วไป

1.	ผู้เอาประกันภัย ชื่อ นามสกุล
	เลขบัตรประชาชน โทรศัพท์มือถือ E-mail
2.	ที่อยู่ที่ตั้งต่อได้ เลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/อาคาร ชั้น ห้อง
	ซอย ถนน ตำบล/แขวง
	อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์
3.	สถานที่ตั้งหรือเก็บทรัพย์สินที่เอาประกันภัย <input type="checkbox"/> ที่อยู่ที่ติดต่อได้ หรือ เลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/อาคาร
	ชั้น ห้อง ซอย ถนน ตำบล/แขวง
	อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์
4.	ที่อยู่ในใบเสร็จรับเงิน <input type="checkbox"/> ที่อยู่ที่ติดต่อได้ <input type="checkbox"/> ที่อยู่สถานที่ตั้งหรือเก็บทรัพย์สินที่เอาประกันภัย
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)
5.	ระยะเวลาประกันภัย เริ่มต้นวันที่ เวลา 16.00 น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 16.00 น.
6.	รายละเอียดทรัพย์สินที่เอาประกันภัย (กรุณาระบุตามมูลค่าที่แท้จริงของทรัพย์สิน) จำนวนเงินเอาประกันภัยทั้งสิ้น
	สิ่งปลูกสร้าง (ไม่รวมฐานราก) บาท
	เฟอร์นิเจอร์ เครื่องตกแต่งติดตั้งตั้งเครื่อง 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
	ฝ้าผนัง <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
8.	สถานที่ใช้เป็น <input type="checkbox"/> ที่อยู่อาศัย <input type="checkbox"/> สำนักงาน <input type="checkbox"/> ร้านค้า <input type="checkbox"/> โรงงาน
	ระบุได้มากกว่า 1 ชื่อ <small>(ระบุประเภทสินค้า)</small> <small>(ระบุประเภทกิจการ)</small>
	<input type="checkbox"/> โกดัง <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)
	<small>(ระบุประเภทสินค้า)</small>
	ในฐานะ <input type="checkbox"/> เจ้าของ <input type="checkbox"/> ผู้เช่า
9.	อุปกรณ์ดับเพลิง (ถ้ามี) <input type="checkbox"/> ถังดับเพลิงเคมี <input type="checkbox"/> ท่อดับเพลิงภายใน <input type="checkbox"/> ท่อดับเพลิงภายนอก <input type="checkbox"/> บั๊มน้ำ/เครื่องสูบน้ำดับเพลิง
	ระบุได้มากกว่า 1 ชื่อ <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)
	ระบุได้มากกว่า 1 ชื่อ 10.1 <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการภัยเพิ่มพิเศษใดๆ
	10.2 <input type="checkbox"/> ภัยระเบิด <input type="checkbox"/> ภัยยวดยานพาหนะ <input type="checkbox"/> ภัยอากาศยาน <input type="checkbox"/> ภัยเนื่องจากน้ำ (ไม่รวมน้ำท่วม)
	<input type="checkbox"/> ภัยจากควัน <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
<p>กรุณากรอกข้อมูลตามความเป็นจริง มิฉะนั้นจะมีผลกับการพิจารณารับประกันภัย</p> <p>ลงลายมือชื่อ ผู้ขอเอาประกันภัย วันที่/...../.....</p> <p>(.....)</p>	