

ใบคำขอเอาประกันภัย แผนประกันภัยธุรกิจคิดโควิดไลน์ (COVID-19) กรมธรรม์ประกันภัยคุ้มครองความเสียหายจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับผู้ประกอบการ (ไมโครอินชัวร์รันส์)
1. รายละเอียดของผู้ประกอบการที่ขอเอาประกันภัย 1.1 ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย - กรณีบุคคล : เลขบัตรประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง..... วัน/เดือน/ปีเกิด : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> - กรณีนิติบุคคล: <input type="checkbox"/> สำนักงานใหญ่ <input type="checkbox"/> สาขาที่..... เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร..... ผู้มีอำนาจกระทำการแทน ชื่อเลขประจำตัวประชาชน.....วัน/เดือน/ปีเกิด : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> 1.2 ที่อยู่ของสถานประกอบการที่ขอเอาประกันภัย..... 1.3 ที่อยู่ติดต่อ <input type="checkbox"/> ที่อยู่เดียวกันกับที่อยู่ของสถานประกอบการที่ขอเอาประกันภัย <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ)..... โทรศัพท์ที่ทำงาน/บ้าน โทรศัพท์มือถือ อีเมล..... 1.4 ที่อยู่สำหรับออกใบกำกับภาษี <input type="checkbox"/> ที่อยู่เดียวกันกับที่อยู่ติดต่อ <input type="checkbox"/> ที่อยู่เดียวกันกับที่อยู่ของสถานประกอบการที่ขอเอาประกันภัย <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
2. ระยะเวลาเอาประกันภัย เริ่มวันที่ เวลา สิ้นสุดวันที่ เวลา 16.30 น.
3. ลักษณะธุรกิจของสถานประกอบการที่ขอเอาประกันภัย
4. รายละเอียดของสถานประกอบการที่ขอเอาประกันภัย <input type="checkbox"/> เป็นเจ้าของ <input type="checkbox"/> ผู้เช่า ประเภทสิ่งปลูกสร้างของสถานประกอบการ: <input type="checkbox"/> ร้านในห้างสรรพสินค้า/ศูนย์การค้า <input type="checkbox"/> บ้านเดี่ยว <input type="checkbox"/> ทาวน์เฮาส์/ตึกแถว <input type="checkbox"/> อาคารสูง/คอนโดมิเนียม <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... จำนวนชั้น: จำนวนคูหาหรือหลัง: พื้นที่ภายในอาคาร: ตร.ม. โครงสร้าง: <input type="checkbox"/> คอนกรีต <input type="checkbox"/> ครึ่งคอนกรีตครึ่งไม้ <input type="checkbox"/> ไม้
5. สถานประกอบการที่ขอเอาประกันภัยได้มีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี
6. สถานประกอบการที่ขอเอาประกันภัยเคยได้รับความเสียหายอันเนื่องมาจากการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุรายละเอียด
7. ความคุ้มครองที่ผู้ประกอบการที่ขอเอาประกันภัยเลือก แผนประกันภัย : <input type="checkbox"/> แผนที่ 1 เบี้ยประกันภัย 555 บาท <input type="checkbox"/> แผนที่ 2 เบี้ยประกันภัย 999 บาท <input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ.....

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัท ได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่าง ๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท

ข้าพเจ้าประสงค์จะเลือกรับกรมธรรม์ประกันภัยผ่านทางช่องทางใด

- รับเป็น e-policy ทางอีเมล (Email) ที่ระบุไว้
- รับเป็นเอกสาร โดยส่งให้ทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ที่ระบุไว้

ลายมือชื่อผู้ประกอบการที่ขอเอาประกันภัย

()

วัน/เดือน/ปี ที่ขอเอาประกันภัย

การประกันภัยโดยตรง ตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่

คำเตือนสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865