

1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี
เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120
โทรศัพท์ 1736 , 0 2239 2200
โทรสาร 0 22392049

www.dhipaya.co.th

เริ่ม 29 พ.ย. 2564

วันที่..... 生年月日.....

ผู้เอาประกันภัยชื่อ(นาย/นาง/นางสาว/บริษัท)..... 氏名.....

1. ที่อยู่ผู้เอาประกันภัยตามบัตรประชาชน เลขที่..... No..... หมู่ที่..... Moo..... หมู่บ้าน/อาคาร..... Building name.....
1. IDカードの住所 เลขที่..... Soi..... ถนน..... Road..... แขวง/ตำบล..... Khwang/Tambol..... เขต/อำเภอ..... Khet/Amphur.....
จังหวัด..... Province..... รหัสไปรษณีย์..... Postal Code..... โทรศัพท์มือถือ..... Mobile Phone No..... E-Mail.....
เลขบัตรประชาชน..... ID No..... วันเดือนปีเกิด..... Birthday Date..... Date..... /..... Month..... /..... Year.....

2. สถานที่ตั้งทรัพย์สินที่เอาประกันภัย ☐ ตามข้อ 1. หรือ 1項に従って、または

2. 保険対象財産の所在地 เลขที่..... No..... หมู่ที่..... Moo..... หมู่บ้าน/อาคาร..... Building name..... ซอย..... Soi..... ถนน..... Road.....
แขวง/ตำบล..... Khwang/Tambol..... เขต/อำเภอ..... Khet/Amphur..... จังหวัด..... Province..... รหัสไปรษณีย์..... Postal Code.....

3. สถานที่จัดส่งกรมธรรม์ ☐ ตามข้อ 1. หรือ ☐ ตามข้อ 2. หรือ 1項に従って、または 2項に従って、または

3. 保険証券の交付場所 เลขที่..... No..... หมู่ที่..... Moo..... หมู่บ้าน/อาคาร..... Building name..... ซอย..... Soi..... ถนน..... Road.....
แขวง/ตำบล..... Khwang/Tambol..... เขต/อำเภอ..... Khet/Amphur..... จังหวัด..... Province..... รหัสไปรษณีย์..... Postal Code.....

保険期間

ระยะเวลาเอาประกันภัย..... 1..... ปี 保障の終了日..... 貸主..... 借主.....
วันเริ่มความคุ้มครอง..... วันสิ้นสุดความคุ้มครอง..... ☐ เจ้าของ ☐ ผู้เช่า

☐ 建造物の構造部分 (基礎を除外) ทรัพย์สินประกันภัย..... 保険カバーの金額..... บาท
☐ สิ่งปลูกสร้างตัวอาคาร (ไม่รวมฐานราก) ทรัพย์สินประกันภัย..... 保険カバーの金額..... บาท
☐ ทรัพย์สินภายในสิ่งปลูกสร้าง 建物内の財産 ทรัพย์สินประกันภัย..... 保険カバーの金額..... บาท
รวม ทรัพย์สินประกันภัย..... 保険カバーの金額合計..... บาท

รายละเอียดสิ่งปลูกสร้างที่เอาประกันภัยและหรือที่เก็บหรือติดตั้งทรัพย์สินที่เอาประกันภัย

จำนวนชั้น	ฝ้าผนังด้านนอกเป็น	พื้นชั้นบนเป็น	โครงหลังคาเป็น	หลังคาเป็น	จำนวนหลังหรือคูกา
階数	外壁	床の材料	屋根構造の材料	屋根の材料	-

สถานที่ใช้เป็น ที่อยู่อาศัย พื้นที่ใช้สอยรวม..... ตารางเมตร

ผู้รับผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ฉบับนี้..... 死亡金受取人.....

ท่านทำประกันภัยไว้กับบริษัทอื่นหรือไม่ ถ้ามีโปรดระบุ บ.ประกันภัย..... 保険会社名..... ทุนประกันภัย..... 保険カバー金額.....

他社で同様な保険契約はありますか ?

漢字

(..... ローマ字.....)

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย 被保険者の署名

ส่วนของเจ้าหน้าที่ บมจ.ทิพยประกันภัย

รหัสภัยตัวเอง..... รหัสภัยนอก..... ชั้นของสิ่งปลูกสร้าง.....

เบี้ยประกันภัยสุทธิ..... อาคาร..... ภาษี..... รวม.....

Block.....

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่.....
หรือ ค้าแทน/นายหน้า/พนักงาน.....

หมายเหตุ

บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไข โดยมีต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า

- ☐ พื้นที่กลุ่ม 1 Copy Application : 1211421016113
- ☐ พื้นที่กลุ่ม 2 Copy Application : 1211421016115
- ☐ พื้นที่กลุ่ม 3 Copy Application : 1211421016116