

1. ชื่อ-สกุลผู้ขอเอาประกันภัย : _____ เบอร์ติดต่อ : _____

เลขที่บัตรประชาชน : _____ ที่อยู่ : _____

ช่องทางติดต่อ / Line Id : _____ Email : _____

(ในกรณีที่ป็นนิติบุคคล กรุณาระบุชื่อ-สกุล ของคณะผู้บริหารของนิติบุคคลที่มีหน้าที่ในการควบคุมดูแลในการตรวจสอบอาคารแต่ละบุคคลด้วย)

2. ชื่อสถานประกอบการ : _____ ลักษณะธุรกิจ(นอกเหนือจากการเป็นผู้ตรวจสอบอาคาร) : _____

3. ประวัติการศึกษา : _____ สถานศึกษา : _____

4. ประเภทของอาคารที่ตรวจสอบ (พร้อมยกตัวอย่างผลงานการตรวจสอบ) : _____

5. ประมาณการรายได้ต่อปี จากการตรวจสอบอาคาร : _____

6. ระยะเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ _____ เวลา _____ น. สิ้นสุดวันที่ _____ เวลา 16.30 น.

7. จำนวนเงินจำกัดความรับ :

ข้อตกลงความคุ้มครอง	ต่อเหตุการณ์แต่ละครั้ง	ต่อปี	ตลอดเวลาเอาประกันภัย
ความสูญเสียต่อร่างกายและ/หรือ ความเสียหายต่อทรัพย์สิน ของบุคคลภายนอก	ไม่เกิน 1,000,000 บาท สามารถพิจารณาและเพิ่ม จำนวนเงินความคุ้มครองได้*	ไม่เกิน 2,000,000 บาท สามารถพิจารณาและเพิ่ม จำนวนเงินความคุ้มครองได้*	_____ บาท

8. ความรับผิดชอบส่วนแรก : 5,000 บาท ต่อเหตุการณ์แต่ละครั้ง

9. ท่านเคยถูกปฏิเสธ หรือเคยถูกบอกเลิกสัญญา หรือปฏิเสธต่ออายุสัญญา หรือถูกเก็บเบี้ยประกันเพิ่มสำหรับประกันภัยประเภทเดียวกันนี้หรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย : ระบุรายละเอียด _____

10. ท่านเคยได้รับการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน จากความบกพร่องในการปฏิบัติงานในฐานะผู้ตรวจสอบอาคารหรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย : ระบุรายละเอียด _____

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้และ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆข้างต้นถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะทำใบคำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

(_____)ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

☐ ตัวแทน ☐ นายหน้าประกันภัยรายนี้ บจก. บีเฟิสท์ อินชัวร์น โบรมเกอร์ส ใบอนุญาตเลขที่ ว00041/2551

คำเตือนของกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญานี้ตกเป็นโมฆะ
ซึ่งทางบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนได้



Be First Insurance Brokers Co.,Ltd.

321 ถนนเทียมร่วมมิตร แขวงสามเสนนอก เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

โทร. 02-274-4151-4 แฟกซ์ 02-274-4151-4 ต่อ 39

ใบส่วนลดค่าเบี้ยประกันภัย

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....ผู้เอาประกันภัยตามกรมธรรม์เลขที่.....
.....ของบริษัท.....ได้รับ

ส่วนลดค่าเบี้ยประกันภัย เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น..... บาท
จาก บริษัท บี เฟิร์ส อินชัวรัน โบรกเกอร์ส จำกัดไว้เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกัน/ผู้รับเงิน