

ใบสมัครทำประกันภัยความรับผิดของผู้ขนส่ง

เพื่อช่วยให้การพิจารณาการรับประกันภัยโดยรวดเร็ว โปรดให้ข้อมูลเบื้องต้นดังต่อไปนี้

1. ชื่อผู้ขนส่งสินค้า
2. ที่อยู่ เลขที่.....อาคาร.....ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....แขวง/
ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

3. สินค้าที่ขนส่งประเภทไหนบ้าง โปรดระบุ

- () กลุ่มที่ 1. สินค้าทั่วไปที่มีบรรจุกัญชา เช่นสินค้าอุปโภค บริโภค
- () กลุ่มที่ 2. สินค้าแตกหักง่ายเช่น เครื่องดื่มชูกำลัง เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เช่นสุรา เบียร์ โขดา น้ำอัดลม น้ำดื่ม กระเบื้อง เครื่องสุขภัณฑ์ อะไหล่รถยนต์และเครื่องยนต์ เครื่องใช้ไฟฟ้า โลหะ เหล็กทุกชนิด
- () กลุ่มที่ 3. สินค้าที่มีอุณหภูมิควบคุม สินค้าแช่เย็น/แช่แข็ง อาหารแปรรูปแช่เย็น/แช่แข็ง อาหารทะเลสดแช่ในน้ำแข็งที่ใส่ใน ถังหรือลังมีบรรจุกัญชา
- () กลุ่มที่ 4. สินค้าประเภทเครื่องจักรขนาดใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินกว่า 1 ตันเช่นรถดัก รถแบคโฮ
- () กลุ่มที่ 5. สินค้าเทกอง
- () กลุ่มที่ 6. สินค้าประเภทผักและผลไม้ที่มีบรรจุกัญชา
- () สินค้าประเภทอื่นๆ โปรดระบุ

4. จำนวนเงินจำกัดความรับผิดต่อการเรียกร้องหรือต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง และต่อหนึ่งยานพาหนะ

.....

5. รายการยานพาหนะ โปรดกรอกข้อมูลยานพาหนะที่ใช้ในการรับขนส่งดังต่อไปนี้ให้ครบถ้วน

ลำดับ	ประเภทรถบรรทุก	อาณาเขตที่ใช้รถ	จำนวนรถยนต์/คัน	
			ของผู้เอาประกันภัย	รถร่วม
5.1	รถบรรทุก 6 ล้อ			
5.2	รถบรรทุก 10 ล้อ			
5.3	รถบรรทุก 10 ล้อ และรถพ่วง			
5.4	รถหัวลาก			
5.5	รถประเภทอื่นๆ (โปรดระบุ)			
	รวมจำนวนรถ			

(โปรดส่งรายการ 1.ทะเบียนรถ 2.หมายเลขตัวถัง 3.ปี/รุ่น แต่ละคันให้บริษัทฯหลังจากท่านตกลงทำประกันภัย)

6. ท่านต้องการความคุ้มครองต่อไปนี้เพิ่มเติมหรือไม่?

.....

(การจำกัดความรับผิดในข้อนี้ขึ้นอยู่กับจำนวนเงินจำกัดความรับผิดรวมตลอดระยะเวลาเอาประกันภัย)

7. เส้นทางที่ใช้ตามปกติ (ใช้เป็นข้อมูลพิจารณาเท่านั้น) คือ

.....

8. อาณาเขตที่ขนส่งสินค้า () เฉพาะในประเทศไทย () ขยายไปยังประเทศเพื่อนบ้านดังต่อไปนี้

.....

9. ท่านมีการขนส่งทางถนนระหว่างประเทศหรือไม่ () ไม่มี () มี ระยะทางที่เข้าไปต่างประเทศประมาณกิโลเมตร

10. ท่านมีการจำกัดความเร็วของรถบรรทุกอย่างไร () ไม่มี () มี ถ้ามีใช้แบบต่อไปนี้

.....

11. ผู้ขับขี่รถบรรทุกมีอายุงานโดยเฉลี่ยปี

12. ผู้ขับขี่รถบรรทุกมีการฝึกอบรมการรััดสินค้า หรือการจัดสินค้าในระวางหรือไม่ () ไม่มี () มี ถ้ามี

13. ผู้ขับขี่มีการอบรมการขับขี่ปลอดภัยจากบริษัทหรือจากองค์การอิสระหรือไม่ () ไม่มี () มี

หากมีการอบรมได้รับการอบรมปีละกี่ครั้ง () รายเดือน () 3 เดือนครั้ง () 6 เดือนครั้ง () 12 เดือน

14. ท่านเคยทำประกันภัยความรับผิดของผู้ขนส่งมาแล้วหรือไม่ () ไม่เคย () เคย ถ้าเคย ทำกับบริษัท

.....

15. ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยประสบอุบัติเหตุหรือไม่ () ไม่เคย () เคย ถ้าเคย โปรดให้ข้อมูลดังนี้

ครั้งที่	ผู้ก่อเหตุ	สถานที่เกิดเหตุย่อยๆ	ค่าเสียหายประมาณ/บาท

ชื่อผู้สมัครทำประกันภัย/ผู้ให้ข้อมูล.....หมายเลขโทรศัพท์.....

E-Mail Address.....

เอกสารแนบ.....

(แก้ไข 01.01.2567)