



ใบคำขอเอาประกันภัยอากาศยานที่ควบคุมการบินจากภายนอก

APPLICATION FORM REMOTELY PILOTED AIRCRAFT SYSTEM INSURANCE

รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย

Applicant's Personal Information

ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย (ผู้ถือกรรมสิทธิ์หรือผู้เป็นเจ้าของ)
 Insured Name (including any subsidiary/affiliated companies who may operate the UAV)

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทาง / ทะเบียนนิติบุคคลเลขที่
 Identity Card No. / Passport No. / Juristic Person Registration No.

ที่อยู่ เลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน
 Address House No. Village No./Moo Village/Mooban

อาคาร เลขห้อง/ชั้นที่ ซอย
 Building Room No./Floor Lane/Soi

ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ
 Road Subdistrict/Tumbon District/Amphoe

จังหวัด รหัสไปรษณีย์
 Province Postcode

โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ อีเมล
 Home Telephone No. Mobile Telephone No. Email

รายละเอียดเกี่ยวกับอากาศยานที่ควบคุมการบินจากภายนอก

The Insured RPAS

ยี่ห้อ แบบ/รุ่น
 Make Model

ปี น้ำหนัก กก.
 Year Weight Kg.

หมายเลขประจำเครื่อง ประเภทการใช้งาน
 Serial Number of UAV Purpose of Use

รายละเอียดเกี่ยวกับผู้บังคับอากาศยานที่ควบคุมการบินจากภายนอก

Pilot(s) Information

1. ชื่อ-นามสกุล วัน/เดือน/ปีเกิด
 Pilot Name Date of Birth

2. ชื่อ-นามสกุล วัน/เดือน/ปีเกิด
 Pilot Name Date of Birth

3. ชื่อ-นามสกุล วัน/เดือน/ปีเกิด
 Pilot Name Date of Birth

4. ชื่อ-นามสกุล วัน/เดือน/ปีเกิด
 Pilot Name Date of Birth

รายละเอียดเกี่ยวกับการประกันภัยอากาศยานที่ควบคุมการบินจากภายนอก

Insurance Requirement

ระยะเวลาคุ้มครอง 1 ปี เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา น.
 Annual policy with effective as form At Hrs. To At Hrs.

แผนประกันภัย แผน 1 แผน 2 แผน 3
 Insurance Package Package 1 Package 2 Package 3



บริษัท กรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน)
Bangkok Insurance Public Company Limited

25 ถนนสาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 Tel. 0 2285 8888
 25 Sathon Tai Road, Thung Maha Mek, Sathon, Bangkok 10120 Fax 0 2610 2100

เริ่มกิจการปี พ.ศ. 2490
 Established 1947

ทะเบียนเลขที่ 0107536000625
 Registration No. 0107536000625

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทฯ ตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทฯ ได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัทฯ หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ บอกเลิกสัญญาประกันภัยได้

I/We hereby request the insurance company to provide the insurance policy with the terms and conditions according to your standard policy and I/We declare that above statements are complete and true. I/We agree to have this application form included in the contract between I/We and the Company. Should there be any false statement or any truth being concealed, I/We agree to let the insurance company cancel this insurance policy.

.....
 (.....)

ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย
 Signature of Applicant

...../...../.....

วัน/เดือน/ปี
 Date/Month/Year

การประกันภัยโดยตรง
 Direct Insurance

ตัวแทนประกันวินาศภัย
 Agent

นายหน้าประกันวินาศภัย
 Broker

ใบอนุญาตเลขที่
 License No.

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญานี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

REMINDER OF THE OFFICE OF INSURANCE COMMISSION (OIC)

The applicant/proposer has to give all answers to the foregoing questions truthfully. Provision of false statements and concealment any facts shall render the insurance contract to become void and may have caused the Company to deny liability under the policy in accordance with section 865 of the Civil Commercial Code.