

คำขอเอาประกันภัยผู้เล่นกอล์ฟ PROPOSAL FOR COLFER'S INDEMNITY		
ใบคำขอเอาประกันภัยเลขที่ : Application No.		
1. ผู้ขอเอาประกันภัย The Proposer	ชื่อ Name ที่อยู่ Address อาชีพ Occupation	
ผู้รับประโยชน์ Beneficiary	ชื่อ Name ที่อยู่ Address	ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย Relationship to the Proposer
2. โปรดระบุชื่อและสถานที่ของสนามกอล์ฟที่ท่านเป็นสมาชิกอยู่ Please state the name and place of golf club or golf course, where you are a member.		
3. ท่านเป็นนักกอล์ฟอาชีพหรือไม่ Are you a professional golfer ?		
4. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยผู้เล่นกอล์ฟไว้กับบริษัทอื่นหรือไม่, ถ้ามี โปรดแจ้ง Do you have or have proposed for Golfer's Indemnity Insurance with any other company ? If yes, please state. บริษัท Company จำนวนเงินเอาประกันภัย Sum Insured		
5. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัยผู้เล่นกอล์ฟ หรือเคยถูกบอกเลิกสัญญา ☐ เคย ☐ ไม่เคย หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญาหรือไม่ ถ้าเคย โปรดระบุชื่อบริษัท Yes No Has your application for Golfer's Indemnity Policy been refused, Cancelled or refused to be renewed ? If yes, please state the name of Insurance Company.		

6. โปรดระบุจำนวนถุงและยี่ห้อไม้กอล์ฟที่ท่านเป็นเจ้าของในขณะที่ขอเอาประกันภัย (1)			
Please state the number of bags and brand of golf club you own at the time of application. (2)			
(3)			
7. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย	เริ่มต้นวันที่	เวลา	น.
Period of insurance	From	at	hours
	สิ้นสุดวันที่	เวลา 12.00	น.
	To	at 12.00	hours

อุปกรณ์ไม้กอล์ฟที่ท่านทำประกันภัย

1. หัวไม้ (DRIVER) No.1	ยี่ห้อ.....รุ่น.....
2. หัวไม้ (Fairway wood) No.3	ยี่ห้อ.....รุ่น.....
3. หัวไม้ (Fairway wood) No.5	ยี่ห้อ.....รุ่น.....
4. หัวเหล็ก No.3	ยี่ห้อ.....รุ่น.....
5. หัวเหล็ก No.4	ยี่ห้อ.....รุ่น.....
6. หัวเหล็ก No.5	ยี่ห้อ.....รุ่น.....
7. หัวเหล็ก No.6	ยี่ห้อ.....รุ่น.....
8. หัวเหล็ก No.7	ยี่ห้อ.....รุ่น.....
9. หัวเหล็ก No.8	ยี่ห้อ.....รุ่น.....
10. หัวเหล็ก No.9	ยี่ห้อ.....รุ่น.....
11. หัวเหล็ก PW	ยี่ห้อ.....รุ่น.....
12. หัวเหล็ก SW	ยี่ห้อ.....รุ่น.....
13.	ยี่ห้อ.....รุ่น.....
14.	ยี่ห้อ.....รุ่น.....

อุปกรณ์ไม้กอล์ฟ รวมแล้วไม่เกิน 14 อัน

ชื่อ.....

เทเวศ

DEVES
INSURANCE

บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน)
97 และ 99 อาคารเทเวศประกันภัย ถนนราชดำเนินกลาง
แขวงบวรนิเวศ เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200
โทร : 0 2670 4444 โทรสาร : 0 2280 0399
E-mail : dvsins@deves.co.th, http://www.devess.co.th
บริษัทในเครือสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์

THE DEVES INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED
97, 99 Deves Insurance Building, Rajchadamnoen Klang Road,
Borwornnives, Phranakorn, Bangkok 10200
Tel. : 0 2670 4444 Fax : 0 2280 0399
E-mail : dvsins@deves.co.th, http://www.devess.co.th
AN AFFILIATED COMPANY OF THE BUREAU OF THE CROWN PROPERTY

ทะเบียนเลขที่ บมจ 494
เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 3 10 1 01718 2

☐ ตัวแทน ☐ นายหน้าประกันภัยรายนี้..... ใบอนุญาตเลขที่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท

I/We warrant that the above statements are true and correct and agree that this proposal shall be the basis of the contract between mi/us and the Company.

ลายมือชื่อผู้เขียนหรือพิมพ์

Written by

ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

Proposer's Signature

วันที่

เดือน

พ.ศ.

Date

คำเตือนของกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์ : โปรดตอบคำถามตามจริงทุกข้อ การปกปิดข้อความจริงหรือ

ตามสัญญาประกันภัยได้ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์
มาตรา 865

หมายเหตุ เอกสารนี้มีใช้สัญญาประกันภัย และมีให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัย รายละเอียด โปรดอ่าน
ในกรมธรรม์ประกันภัย การประกันภัยนอกเหนือจากนี้กรุณาติดต่อโดยตรงที่ บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน)

REMINDER OF THE INSURANCE DEPARTMENT, MINISTRY OF COMMERCE

Give answer : to all questions above truthfully otherwise the company may have caused to deny liability under the policy
in accordance with section 865 of the Civil & Commercial Code.