

แบบฟอร์มสมัครโอนเครือข่ายบริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ชื่อกิจการ อยู่กลางกรมการประกันภัย
 เคยเปลี่ยนชื่อกิจการ ชื่อเดิม ไม่เคยเปลี่ยนชื่อกิจการ

ประเภทกิจการ
 ตู้ซ่อมรถยนต์ ศูนย์ซ่อมห้าง รอยก ทรัพย์สิน
 ร้านกระจก ร้านซ่อมรถจักรยานยนต์ ร้านซ่อมรถจักรยานยนต์ Big Bike
 เข้าระบบภาษีมูลค่าเพิ่ม (VAT) ไม่เข้าระบบภาษีมูลค่าเพิ่ม (VAT) : เลขประจำตัวผู้เสียภาษี

สถานที่ตั้งกิจการเลขที่ หมู่..... ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....
 เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....
e-mail: พิกัดอยู่.....

ประวัติส่วนตัวเจ้าของกิจการ

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)..... นามสกุล..... อายุ.....ปี ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่ที่.....
 ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

ประวัติการทำงาน

กิจการก่อตั้งเมื่อปี..... รวมเวลาในการดำเนินงาน..... ปี จำนวนพนักงาน.....คน กิจการรับงานจากบริษัทประกันภัย
 จำนวน.....บริษัท ได้แก่ (เรียงจากงานมาก - น้อย).....
 เคยรับงานจากบริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน) (ไทยประสิทธิ) ตั้งแต่ปี.....ถึง..... ไม่เคยรับงาน

ผู้แนะนำ / ทราบข้อมูลจาก

พนักงานบริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ตัวแทนบริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน) อื่นๆ (ระบุ)

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)..... นามสกุล..... อายุ.....ปี อาชีพ.....
 ตำแหน่ง..... สถานที่ทำงาน..... เลขที่..... ถนน.....
 แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

เครื่องใช้สำนักงานที่ตู้ซ่อมรถยนต์ต้องมี ดังรายการต่อไปนี้ มี ไม่มี

1. เครื่องคอมพิวเตอร์ 2. เครื่องสแกนเนอร์ 3. กล้องดิจิตอล 4. INTERNET 5. บุคลากรที่ใช้ INTERNET
 ทำงานผ่านระบบ e-claim ได้ ไม่ได้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่เคยร้องเรียนบริษัทฯ ต่อกรมการประกันภัย หนังสือพิมพ์ หรืออื่นๆ ข้อความดังกล่าวที่ข้าพเจ้าได้บันทึกไว้ในใบสมัครนี้เป็นความจริง และเข้าใจดีว่าข้อความทุกๆ ข้อเป็นสาระสำคัญในการพิจารณาของบริษัทฯ ถ้าหากข้อความใดเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ เลิกจ้างได้โดยทันทีโดยไม่ต้องชดใช้ค่าเสียหาย

ตราประทับ

ลงชื่อ
 (.....)

บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน) 295 ถนนสีพระยา แขวงสีพระยา เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500 โทรศัพท์ 026407777 โทรสาร 026407799

****ในการสมัครเป็นคู่ค้าในเครือ บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ไม่มีค่าใช้จ่ายในการสมัครใดๆทั้งสิ้น****



บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน)
เอกสารประกอบขอสมัครเป็นร้านกระจกรถยนต์ในเครือ

เอกสารหลักฐานสำคัญ เพื่อใช้ในการประกอบการพิจารณา มีดังนี้

- สำเนาบัตรประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านเจ้าของกิจการ
- หนังสือรับรองบริษัท / ห้างหุ้นส่วน
- ใบสำคัญแสดงการจดทะเบียนห้างหุ้นส่วนบริษัท
- ใบทะเบียนพาณิชย์
- ใบทะเบียนภาษีมูลค่าเพิ่ม (ภ.พ.20) (ถ้ามี)
- ภาพถ่ายด้านหน้า, ด้านใน ของสำนักงาน
- แบบฟอร์มใบเสร็จรับเงิน (ต้องระบุคำว่า สำนักงานใหญ่)
- แบบฟอร์มใบรับรถยนต์ซ่อมเสร็จ
- แผนที่ตั้งของสำนักงาน
- สมุดหน้าบัญชีธนาคารของร้าน
- นามบัตร หรือ โบชัวร์
- หนังสือมอบอำนาจ สำหรับตัวแทนที่มารับเงิน หรือติดต่อกับบริษัท

เอกสารทุกฉบับ ต้องรับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าของกิจการ พร้อมทั้งประทับตราสำคัญ

กรุณาจัดส่งเอกสารมาที่

ชื่อ : แผนกคู่สัมพันธ์ ฝ่ายประเมินราคาสินไหมรถยนต์ภาคสมัครใจ บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน)

ที่อยู่ : 295 ถนนสีพระยา แขวงสีพระยา เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500

โทรศัพท์ : 0-2640-7777 ต่อ 8762, 8763, 8764, 8765 ,

โทรสาร : 0-2640-7799 ต่อ 8762, 8763, 8764, 8765

e-mail : claim_vol@mittare.com

****ในการสมัครเป็นคู่ค้าในเครือ บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ไม่มีค่าใช้จ่ายในการสมัครใดๆทั้งสิ้น****

เรียน บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน)

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี
ที่อยู่ (ตามบัตรประจำตัวประชาชน) บ้านเลขที่.....ซอย.....หมู่ที่.....
ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด.....สถานที่ติดต่อสะดวกเลขที่.....ซอย.....หมู่ที่.....
ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....
ในฐานะตัวแทนผู้มีอำนาจกระทำการแทน บริษัทจำกัด/ห้างหุ้นส่วนจำกัด/ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล/
ห้างหุ้นส่วนสามัญ/อยู่บ้าน.....
ตั้งอยู่เลขที่.....ซอย.....หมู่ที่.....ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้าพเจ้ายินยอมรับราคาประกันมาตรฐานมิตรแท้ของ บริษัท มิตรแท้ประกัน
ภัย จำกัด (มหาชน)

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

วันที่...../...../.....

การโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารขอให้ดำเนินการจัดส่งเอกสาร ดังนี้

- สำเนาสมุดเงินฝากธนาคาร
- ใบเสร็จรับเงิน / ใบกำกับภาษี ลงวันที่ในเอกสารตามวันที่ระบุตามรายการที่จ่ายเงิน

โดยจัดส่งก่อนวันที่ระบุจ่ายเงิน 5 วัน หรือแนบบใบเสร็จ/ใบกำกับภาษีพร้อมเอกสารการตั้งเบิกค่าซ่อมเข้าบริษัทฯ

เรียน ฝ่ายการเงินและลงทุน บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด

ขอเรียนยืนยันว่าข้าพเจ้า บริษัท / หจก. / ร้าน.....

มีความประสงค์ที่จะให้บริษัทฯดำเนินการ

ขอโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร.....สาขา.....

บัญชีประเภท.....เลขที่บัญชี.....

ชื่อบัญชี.....

หมายเลขโทรศัพท์มือถือสำหรับรับ SMS แจ้งการโอนเงิน.....

ขอให้เป็นการจ่ายเช็ค

ขอแสดงความนับถือ

ประทับตรา

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

หมายเหตุ หากมีข้อขัดข้องโปรดติดต่อสอบถามได้ที่

แผนกผู้สัมพันธ์ ฝ่ายประเมินราคาสินไหมรถยนต์ภาคสมัครใจ

โทรศัพท์ 02 -6407777 ต่อ 8762,8764,8765

โทรสาร 02 -6407799 ต่อ 8762,8764,8765