

## แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน/Claim Form

วันที่รับแจ้ง..... Report Date	เลขที่เคลม..... Claim No.	เลขที่กรมธรรม์..... Policy No.
ผู้แจ้ง..... Claimant	ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย..... Relationship to the Insured	โทรศัพท์..... Tel.
ชื่อผู้เอาประกันภัย..... Name of the Insured		
สถานที่เอาประกันภัย..... Address of the Insured		
สถานที่เกิดเหตุ..... Place of Loss/Accident	วันที่เกิดเหตุ..... Date of Loss/Accident	เวลา..... น. Time
ลักษณะการเกิดเหตุ..... Describe Accident in Detail		

<b>ทรัพย์สินที่เสียหาย/สูญหาย ของผู้เอาประกันภัย</b> Description of Loss or Damage to the Insured Properties รายละเอียดของทรัพย์สิน ..... ..... ความเสียหายที่ปรากฏ ..... ..... มูลค่าเสียหาย..... บาท Amount of Loss Baht	<b>ทรัพย์สินที่เสียหาย/สูญหาย/ความบาดเจ็บ ของคู่กรณี</b> Description of Third Party Property Damage/Bodily Injury ชื่อเจ้าของทรัพย์สิน/ผู้บาดเจ็บ ที่อยู่..... ..... โทรศัพท์..... รายละเอียดของทรัพย์สิน/อาการบาดเจ็บ ..... ..... ความเสียหายที่ปรากฏ/การรักษาพยาบาล ..... ..... มูลค่าเสียหาย..... บาท Amount of Loss Baht
---	---

การแจ้งความ <input type="checkbox"/> ไม่ได้แจ้งความ <input type="checkbox"/> แจ้งความ	เจ้าหน้าที่ตำรวจ/สถานีตำรวจ..... Report to the Police Station
ประจำวันข้อที่..... Pol. Report No./Date	ผลคดี..... Result of the Arbitration

ลงนาม ..... ผู้เรียกร้อง

(.....)

Claimant's Signature

วันที่..... / ..... / .....

DD/MM/YY

ลงนาม ..... ผู้เอาประกันภัย

(.....)

Claimant's Signature

วันที่..... / ..... / .....

DD/MM/YY

## เอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหม

- สำเนาบัตรประชาชนผู้เอาประกันภัย (พร้อมรับรองสำเนา)  
 ใบเสร็จ/ใบเสนอราคาทรัพย์สินที่เสียหาย  
 รูปภาพความเสียหาย  
 เอกสารอื่น.....

- สำเนาทะเบียนบ้าน หรือสำเนาหนังสือรับรองบริษัทฯ (พร้อมรับรองสำเนา)  
 โฉนดที่ดินของสถานที่เกิดเหตุ  
 รายงานจากผู้เห็นเหตุการณ์/สำเนาบันทึกประจำวันเจ้าหน้าที่ตำรวจ (ถ้ามี)  
 เอกสารอื่น.....

หมายเหตุ: กรุณากรอกแบบฟอร์มนี้ และส่งกลับบริษัทฯ โดยเร็วที่สุด อย่างช้า 30 วัน หากพ้นระยะเวลาที่กำหนด บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการปฏิเสธค่าสินไหมทดแทน

โทรศัพท์: 0 2290 3333 Hotline: 1484