

แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

CLAIM FORM

วันที่รับแจ้ง...../...../..... เวลา.....น.

Report Date

ผู้รับแจ้ง

Acknowledged by

เลขที่เคลม

Claimant No.

กรมธรรม์เลขที่

Policy No.

ผู้แจ้ง Claimant	ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย Relationship to the insured	โทรศัพท์ Tel.
ชื่อผู้เอาประกันภัย Name of Insured		
สถานที่เอาประกันภัย Address of Insured		
สถานที่เกิดเหตุ Place of Loss/Accident	วันที่เกิดเหตุ Date of Loss/Accident	เวลา Time
ลักษณะการเกิดเหตุ Describe Accident in Detail		
ทรัพย์สินที่เสียหาย / สูญหาย (ผู้เอาประกันภัย) Description of Loss or Damage to the Insured Properties รายละเอียดของทรัพย์สิน	ทรัพย์สินที่เสียหาย / สูญหาย / ความบาดเจ็บ (คู่กรณี) Description of Third Party Property Damage / Bodily Injury ชื่อ เจ้าของทรัพย์สิน / ผู้บาดเจ็บ..... ที่อยู่..... โทรศัพท์..... ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย..... รายละเอียดของทรัพย์สิน / อาการบาดเจ็บ..... ความเสียหายที่ปรากฏ / การรักษาพยาบาล..... ประมาณมูลค่าเสียหาย Amount of Loss / Baht บาท	
การแจ้งความ <input type="checkbox"/> ไม่ได้แจ้งความ <input type="checkbox"/> แจ้งความ เจ้าหน้าที่ตำรวจ/สถานีตำรวจ Report to the Police/Police Station	ประจำวันข้อที่ Pol. Report No. / Date วันที่แจ้งความ	ผลคดี Result of the arbitration

ลงนาม ผู้เรียกร้อง

Claimant's Signature วันที่ Date.....

ลงนาม ผู้เอาประกันภัย

Insured's Signature วันที่ Date

เอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนผู้เอาประกันภัย (พร้อมรับรองสำเนา) | <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน หรือ สำเนาหนังสือรับรองบริษัทฯ (พร้อมรับรองสำเนา) |
| <input type="checkbox"/> ใบเสร็จ / ใบเสนอราคาทรัพย์สินที่เสียหาย | <input type="checkbox"/> โฉนดที่ดินของสถานที่เกิดเหตุ |
| <input type="checkbox"/> รูปภาพความเสียหาย | <input type="checkbox"/> รายงานจากผู้เห็นเหตุการณ์ / สำเนาบันทึกประจำวันเจ้าหน้าที่ตำรวจ (ถ้ามี) |
| <input type="checkbox"/> เอกสารอื่น | <input type="checkbox"/> เอกสารอื่น |

หมายเหตุ กรุณากรอกแบบฟอร์มนี้ และส่งกลับบริษัทฯ โดยเร็วที่สุด อย่างช้า 30 วัน หากล่วงเลยระยะเวลาที่กำหนด บริษัทฯ จะขอสงวนสิทธิ์ในการปฏิเสธค่าสินไหมทดแทน

ส่งถึง นาย วรจิต พรหมประเสริฐและนางสาวผกาทิพย์ ดวงสุวรรณ โทรศัพท์ 0-2290-3333 ต่อ 3582,3608 โทรสาร 0-2290-3393

E-mail : Worachit.P@muangthaiinsurance.com

E-mail : Pakathip.D@Muangthaiinsurance.com