



แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนทั่วไป

Non-Motor Claim Form

โปรดกรอกข้อความเกี่ยวกับการเกิดความเสียหายตามรายการข้างล่าง

Please give details of loss in the blanks below: -

ชื่อผู้เอาประกันภัย.....เลขที่กรมธรรม์.....

InsuredName

Policy No.

ที่อยู่ผู้เอาประกันภัย(Address).....

วันที่เกิดเหตุ.....เวลา.....

Date of loss

Time

โปรดระบุสาเหตุการเกิดความเสียหายโดยย่อ.....

How was the loss caused?

ประมาณการความเสียหาย (จำนวนเงิน/Amount of Loss).....

Estimate of loss

ชื่อผู้ให้ข้อมูล/ผู้ติดต่อ/เบอร์โทรศัพท์

Name of Contact/Telephone No.....

ชื่อที่อยู่ของผู้ทำให้เกิดความเสียหาย/สถานที่เกิดเหตุ

Name & Address of person (s) blamed / place of loss.....

หมายเหตุ.....

Remarks.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่กรอกในแบบฟอร์มนี้เป็นความจริงทุกประการ

I/We, the undersigned, certify that all statements made in this claim form are true and correct

ลายเซ็น.....

Signature

ชื่อ - นามสกุล.....

Print Name

วันที่/ Date.....