

## CLAIM FORM

Claim No: .....

เคลม  นอก  ใน

ผู้เอาประกันภัยชื่อ INSURED		โทร TEL		อยู่เลขที่ ADDRESS#	
ถนน ROAD	ตำบล TAMBON	อำเภอ AMPHUR	จังหวัด PROVINCE		
อาชีพ PROFESSION	บัตรประชาชนเลขที่ ID.CARD#	วันออกบัตร ISSUED DATE	วันหมดอายุ EXPIRY DATE		
กรมธรรม์ประเภท TYPE OF POLICY	เลขที่ POL.NO.	พ.ร.บ. เลขที่ COMPULSORY POL.NO.			
รถประกันภัยชื่อ VEHICLE MAKE	ทะเบียน LICENSE PLANT#	สี COLOR	เลขตัวถัง CHASSIS NO.		
ผู้ขับขี่รถประกันภัย(นาย/นาง/น.ส.) DRIVER NAME		ว.ด.ป.เกิด BIRTH DATE	อายุ AGE		ปี
ใบขับขี่ชนิด TYPE OF DRIVING LICENSE	เลขที่ NO.	วันอนุญาต ISSUED DATE	วันหมดอายุ EXPIRY DATE		
ที่อยู่ปัจจุบัน ADDRESS			โทร. TEL.		
ผู้ขับขี่ที่มีความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย RELATIONSHIP OF DRIVER TO INSURED	( ) ผู้เอาประกันภัย INSURED	( ) ลูกจ้าง EMPLOYEE	( ) อื่นๆ OTHER	ระบุชื่อใน ก.ธ.หรือไม่ IS A FIXED NAME POLICY?	
ขณะเกิดเหตุได้ใช้รถเพื่อ IN THE ACCIDENT, THE VEHICLE USED FOR	( ) รับจ้าง SERVICE FOR AWARD	( ) ให้เช่า BE RENTED	( ) อื่นๆ OTHER		

ส่วนนี้ห้ามพนักงานกรอกแทน  
DO NOT ALLOW STAFF WRITE FOR INSURED

เกิดเหตุวันที่ LOSS DATE	เวลา TIME	น.	ที่เกิดเหตุ LOSS PLACE
ตำบล TAMBON	อำเภอ AMPHUR		จังหวัด PROVINCE

รายละเอียดการเกิดเหตุ / HOW DID THE ACCIDENT OCCUR? .....

.....

.....

.....

แผนที่เกิดเหตุ  
ACCIDENT SKETCH

การเกิดเหตุย่อ :

พงศ.ชื่อ POLICE NAME	ปจว.ลว POLICE REPORT DATE	ข้อที่ SECTION	สน. STATION	จ. PROVINCE
ความเห็น พงศ. POLICE OPINION	0.รถประกันประมาท INSURED TO BE BLAMED	0.รถคู่กรณีประมาท T/P TO BE BLAMED	0.ประมาทสองฝ่าย BOTH TO BE BLAMED	0.อยู่ระหว่างสอบสวน UNDER INVESTIGATION
ความเห็น ผู้ขับขี่รถประกัน DRIVER'S OPINION	0.รถประกันประมาท INSURED TO BE BLAMED	0.รถคู่กรณีประมาท T/P TO BE BLAMED	0.ประมาทสองฝ่าย BOTH TO BE BLAMED	0.ไม่มีความเห็น NO COMMENT

ข้าฯ รับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริง และข้าฯยินยอมให้แพทย์และสถานพยาบาลที่ตรวจรักษา ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจและผลการตรวจรักษา หรือข้อมูลอื่นๆตามร้องขอแก่ บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด ทุกประการ  
I CERTIFY THE ABOVE STATEMENTS ARE TRUE. I FULLY ALLOW THE DOCTORS WHO'VE TREATED ME AND OR THE HOSPITALS, CLINICS INVOLVED TO RELEASE THEIR OPINIONS, ALL RELEVANT DOCUMENTS TO MY INSURER UPON REQUEST

ลงชื่อ SIGNATURE	ผู้ขับขี่/ผู้เอาประกันภัย DRIVER/INSURED
( ..... )	
วันที่ DATE	โทรมือถือ MOBILE PHONE NO.
..... / .....	.....

ติดแถบกาวยเลขตัวถัง

**รายละเอียดคู่กรณีประกอบรายงานเบื้องต้น**

**DETAILS OF THIRD PARTIES**

Claim No. :

รถคู่กรณี/เจ้าของทรัพย์สิน ที่  ยี่ห้อ \_\_\_\_\_ ทะเบียน \_\_\_\_\_ ชนิดรถ \_\_\_\_\_  
T/P NO. MAKE PLATE NO. VEHICLE TYPE

มีประกันที่ \_\_\_\_\_ ประเภท \_\_\_\_\_ เลขกรมธรรม์ \_\_\_\_\_ เลขเคลม \_\_\_\_\_  
INSURED WITH TYPE OF POL. POL.NO. ITS CLAIM#

KFK ( ) Yes ( ) No  ไม่มีประกัน ชื่อคู่กรณี นาย/นาง/น.ส. : \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี  
NOT INSURED T/P NAME AGE

อาชีพ \_\_\_\_\_ เลขบัตร ปชช. \_\_\_\_\_ ที่อยู่ \_\_\_\_\_  
PROFESSION I.D.O CARD# ADDRESS

สถานที่ติดต่อสะดวก \_\_\_\_\_ โทร \_\_\_\_\_  
EASY CONTACT AT TEL.

เลขที่ใบขับขี่ \_\_\_\_\_ ประเภท \_\_\_\_\_ ออกที่ \_\_\_\_\_ วันที่ออก \_\_\_\_\_ วันที่หมดอายุ \_\_\_\_\_  
LICENSE DRIVING# TYPE PLACE ISSUED DATE ISSUED DATE EXPIRED

ค่าเสียหาย 1.ค่าแรง \_\_\_\_\_ บ. 2.ค่าอะไหล่ \_\_\_\_\_ บ.  
LOSS ESTED LABOR SPARE PARTS

3.ค่ารถยก \_\_\_\_\_ บ. 4.อื่นๆ \_\_\_\_\_ บ. รวมค่าเสียหาย \_\_\_\_\_ บาท  
TOWING OTHER TOTAL LOSS ESTED BAHT

รายการความเสียหาย / DAMAGED ITEMS \_\_\_\_\_

รถคู่กรณี/เจ้าของทรัพย์สิน ที่  ยี่ห้อ \_\_\_\_\_ ทะเบียน \_\_\_\_\_ ชนิดรถ \_\_\_\_\_  
T/P NO. MAKE PLATE NO. VEHICLE TYPE

มีประกันที่ \_\_\_\_\_ ประเภท \_\_\_\_\_ เลขกรมธรรม์ \_\_\_\_\_ เลขเคลม \_\_\_\_\_  
INSURED WITH TYPE OF POL. POL.NO. ITS CLAIM#

KFK ( ) Yes ( ) No  ไม่มีประกัน ชื่อคู่กรณี นาย/นาง/น.ส. : \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี  
NOT INSURED T/P NAME AGE

อาชีพ \_\_\_\_\_ เลขบัตร ปชช. \_\_\_\_\_ ที่อยู่ \_\_\_\_\_  
PROFESSION I.D.O CARD# ADDRESS

สถานที่ติดต่อสะดวก \_\_\_\_\_ โทร \_\_\_\_\_  
EASY CONTACT AT TEL.

เลขที่ใบขับขี่ \_\_\_\_\_ ประเภท \_\_\_\_\_ ออกที่ \_\_\_\_\_ วันที่ออก \_\_\_\_\_ วันที่หมดอายุ \_\_\_\_\_  
LICENSE DRIVING# TYPE PLACE ISSUED DATE ISSUED DATE EXPIRED

ค่าเสียหาย 1.ค่าแรง \_\_\_\_\_ บ. 2.ค่าอะไหล่ \_\_\_\_\_ บ.  
LOSS ESTED LABOR SPARE PARTS

3.ค่ารถยก \_\_\_\_\_ บ. 4.อื่นๆ \_\_\_\_\_ บ. รวมค่าเสียหาย \_\_\_\_\_ บาท  
TOWING OTHER TOTAL LOSS ESTED BAHT

รายการความเสียหาย / DAMAGED ITEMS \_\_\_\_\_

ชื่อผู้ \_\_\_\_\_ ( ) บาดเจ็บ \_\_\_\_\_ ( ) เสียชีวิตที่ \_\_\_\_\_ เพศ \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี  
NAME OF INJURED LOSS OF LIFE SEX AGE

ขณะเกิดเหตุเป็น \_\_\_\_\_ ( ) คนขับคู่กรณี \_\_\_\_\_ ( ) ผู้โดยสารรถคู่กรณี \_\_\_\_\_ ( ) คนขับรถประกัน \_\_\_\_\_ ( ) ผู้โดยสารรถประกัน \_\_\_\_\_ ( )  
AS TP DRIVER TP'S PASSENGER INSURED DRIVER INSURED'S PASSENGER

เลขที่บัตร \_\_\_\_\_ อาชีพ \_\_\_\_\_ รายได้ \_\_\_\_\_ บาท/เดือน  
ID. CARD# PROFESSION EARNING BAHT/MONTH

ที่อยู่ \_\_\_\_\_ โทร. : \_\_\_\_\_  
ADDRESS TEL.

อาการบาดเจ็บ \_\_\_\_\_  
NATURE OF INJURY

รักษาที่โรงพยาบาล \_\_\_\_\_ อำเภอ \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_  
TREATED AT HOSPITAL AMPHUR PROVINCE

โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ ระยะเวลาที่รักษา \_\_\_\_\_ ( ) OPD ( ) IPD  
TEL. PERIOD OF TREATMENT

ค่ารักษาพยาบาล = \_\_\_\_\_ บาท ค่าสินไหมบาดเจ็บ = \_\_\_\_\_ บาท  
MEDICAL EXPS. COMPENSATION ESTED (INJURED)

ค่าสินไหมเสียชีวิต = \_\_\_\_\_ บาท รวมตั้งสำรองสินไหมบาดเจ็บ/เสียชีวิต = \_\_\_\_\_ บาท  
COMPENSATION ESTED (LOSS OF LIFE) TOTAL B.I. LOSS ESTED BAHT

ชื่อผู้ \_\_\_\_\_ ( ) บาดเจ็บ \_\_\_\_\_ ( ) เสียชีวิตที่ \_\_\_\_\_ เพศ \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี  
NAME OF INJURED LOSS OF LIFE SEX AGE

ขณะเกิดเหตุเป็น \_\_\_\_\_ ( ) คนขับคู่กรณี \_\_\_\_\_ ( ) ผู้โดยสารรถคู่กรณี \_\_\_\_\_ ( ) คนขับรถประกัน \_\_\_\_\_ ( ) ผู้โดยสารรถประกัน \_\_\_\_\_ ( )  
AS TP DRIVER TP'S PASSENGER INSURED DRIVER INSURED'S PASSENGER

เลขที่บัตร \_\_\_\_\_ อาชีพ \_\_\_\_\_ รายได้ \_\_\_\_\_ บาท/เดือน  
ID. CARD# PROFESSION EARNING BAHT/MONTH

ที่อยู่ \_\_\_\_\_ โทร. : \_\_\_\_\_  
ADDRESS TEL.

อาการบาดเจ็บ \_\_\_\_\_  
NATURE OF INJURY

รักษาที่โรงพยาบาล \_\_\_\_\_ อำเภอ \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_  
TREATED AT HOSPITAL AMPHUR PROVINCE

โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ ระยะเวลาที่รักษา \_\_\_\_\_ ( ) OPD ( ) IPD  
TEL. PERIOD OF TREATMENT

ค่ารักษาพยาบาล = \_\_\_\_\_ บาท ค่าสินไหมบาดเจ็บ = \_\_\_\_\_ บาท  
MEDICAL EXPS. COMPENSATION ESTED (INJURED)

ค่าสินไหมเสียชีวิต = \_\_\_\_\_ บาท รวมตั้งสำรองสินไหมบาดเจ็บ/เสียชีวิต = \_\_\_\_\_ บาท  
COMPENSATION ESTED (LOSS OF LIFE) TOTAL B.I. LOSS ESTED BAHT