

วันที่:.....

1. ชื่อผู้เอาประกันภัย(Insured) _____
2. กรมธรรม์เลขที่ (Policy No.) _____
3. ที่อยู่ (Address) _____
_____ โทร _____ แฟกซ์ _____
4. วันที่เกิดเหตุ (Date of Loss) _____ เวลา (Time) _____
5. สถานที่เกิดเหตุอยู่เลขที่ (Place of Loss) _____

6. ลักษณะการใช้อาคาร (Occupancy) _____
7. รายละเอียดการเกิดเหตุ (Details of how or why the loss happened) _____

8. ชื่อที่อยู่ผู้ทำให้เกิดความเสียหาย (Who did cause the loss?) _____

9. รายละเอียดผู้รู้เห็นเหตุการณ์ (Witness who can tell about the accident?) _____
ชื่อ (Name) _____ โทร(Tel): _____
ที่อยู่ (Address) _____
10. **กรณีไฟฟ้าลัดวงจรต่อเครื่องใช้ไฟฟ้า/คอมพิวเตอร์ มีร่องรอยไฟไหม้หรือไม่** (In case of electrical Injury, Any fire ensued ?) ไม่มี (No) มี กล่าวคือ (Yes, as per the following details) _____

11. **กรณีเกิดโจรกรรมทรัพย์สิน** ปรากฏร่องรอยขัดแงะต่อทางเข้าออกอาคารหรือไม่ (In case of theft claim, any violent mark was found at the building for entry purpose?) ไม่มี (No) มี ดังนี้ (Yes, as per the following details)

12. ได้แจ้งความขอการเกิดเหตุไว้ตาม ปจว.ตำรวจลงวันที่ (Police Report dated) _____ ไม่ได้แจ้ง
13. ท่านได้เอาประกันภัยทรัพย์สินที่เสียหายไว้กับบริษัทประกันภัยอื่นด้วยหรือไม่? (Have you had any other insurance to cover this loss?)
[] ไม่มี No [] มี Yes ตามกรมธรรม์และบริษัทประกันภัย ดังต่อไปนี้ (as per below policy number & the insurance company)

14. จำนวนเงินและรายการที่เรียกร้องความเสียหาย (Statement of Claims)

กรมธรรม์เลขที่ _____

วันที่เกิดเหตุ: _____

No.	รายละเอียดทรัพย์สิน Particulars	ชื่อเจ้าของ Owner	ลักษณะ ความเสียหาย Nature of Damage	ราคาซื้อ หรือสร้าง Price bought	ปีที่ซื้อหรือ สร้าง Year bought or built	%ค่า เสื่อม Depre.	มูลค่าหลังค่า เสื่อม(บาท) Amount claimed, after depre.
รวมราคาที่เสียหาย Total price					รวมค่าสินไหมที่ เรียกร้อง Total amount claimed		

ข้าพเจ้ารับรองว่าค่าแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริงและรับรองว่าข้าพเจ้าไม่ได้เรียกร้องหรือมีสิทธิเรียกร้องความเสียหายเดียวกันนี้ภายใต้กรมธรรม์อื่นและหรือจากบริษัทประกันภัยอื่นแต่อย่างใด (I/We warrant that the above statements are true and correct and warrant that I/We have no other insurance to cover this loss).

ลงชื่อ(signature) _____

(_____)

ผู้เอาประกันภัย/Claimant's Signature

โทร (Tel) : _____

เอกสารแนบประกอบการเรียกร้องค่าสินไหม (List of documents to support my claim)

- | | |
|----------|---------|
| 1. _____ | 4 _____ |
| 2. _____ | 5 _____ |
| 3. _____ | 6 _____ |

บริษัท แอล เอ็ม จีประกันภัย จำกัด ชั้น 14 อาคารจัสมินซิตี 2 ถ.สุขุมวิท 23 คลองเตยเหนือ วัฒนา กรุงเทพฯ 10110
LMG Insurance Co., Ltd 14 Fl, Jasmine City Bldg, 2 Sukhumvit 23, Klongtoey Nua, Wattana, BKK
 10110 Tel : 02-661 6000 : Non-Motor Claims : Ext. 3972, 1328 Fax: 02-639 3920, 665 2739-40