

โปรดกรอกข้อความตามความเป็นจริงและส่งกลับบริษัทฯ

1. ชื่อผู้เอาประกันภัย : _____
2. ที่อยู่ : _____
โทร: _____ แฟกซ์: _____ E-mail: _____
3. กรมธรรม์เลขที่: _____ ระยะเวลาประกันภัย _____
4. สินค้าออกจาก _____ ส่งปลายทางที่ _____
5. เจ้าของสินค้า _____
6. พาหนะที่ขนส่ง [] รถบรรทุกชนิด _____ ล้อ ทะเบียน _____
[] รถหัวลากทะเบียน _____ หางพ่วงทะเบียน _____
เลขตัวถึงหัวลาก _____ ตู้คอนเทนเนอร์เลขที่ _____ ชนิดยาว _____ ฟุต
เป็นตู้ชนิด [] ตู้แห้ง [] มีระบบทำความเย็น, **สินค้าที่บรรทุก:** _____
7. ผู้ขับขี่รถหัวลาก/รถบรรทุก _____ โทรมือถือ _____
8. วันที่เกิดเหตุ: _____ เวลา : _____
9. สถานที่เกิดเหตุ : _____ จังหวัด _____
10. รายละเอียดการเกิดเหตุ : _____

11. หลังเกิดเหตุมีการกู้ตู้และหัวรถลากหรือไม่ [] ไม่มี [] มี, ใช้เครนขนาด _____ ตัน จำนวน _____ คัน
12. รถหัวลากหรือหางพ่วงได้ชนกับสิ่งใดหรือไม่ [] ไม่ได้ชน, ไม่ได้คว่ำ [] มีการชนคือชนกับ _____
_____ [] คว่ำ, หัวรถเสียหายหรือไม่ [] ไม่เสียหาย [] เสียหายที่ _____
13. มีผู้กรณีที่ทำให้เกิดความเสียหายหรือไม่ [] ไม่มี [] มี คือ รถทะเบียน _____
ผู้ขับขี่/เจ้าของ _____ ที่อยู่ _____
โทร/โทรมือถือ _____
ผู้กรณีมีประกันภัยหรือไม่ [] ไม่มี [] มี บริษัท _____
มีเจ้าหน้าที่ประกันภัยผู้กรณีตรวจสอบความเสียหายหรือไม่ [] ไม่มี [] มีเมื่อวันที่ _____
14. ท่านได้ทำประกันภัยทรัพย์สินที่เสียหายนี้กับบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่? [] ไม่มี [] มี กับบริษัท _____
_____ ตามกรมธรรม์เลขที่ _____
15. ได้แจ้งความฯการเกิดเหตุไว้ตาม ปจว.ตำรวจลงวันที่ : _____ สถานีตำรวจ _____
_____ อำเภอ _____ จังหวัด _____ [] ไม่ได้แจ้ง

จำนวนเงินและรายการที่เรียกร้องความเสียหาย (Claims Statement)

วันที่เกิดเหตุ: _____ เวลา _____ น. รถทะเบียน _____

เรา/ข้าพเจ้าขอเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนจากการเกิดเหตุครั้งนี้ตามจำนวนเงินและรายละเอียดดังต่อไปนี้

รายการที่ Item	รายการความเสียหายที่เรียกร้อง Particular	จำนวน Quantity	ราคาต่อหน่วย Unit Price	รวมเป็นเงิน(บาท) Amount(Baht)
Total ()

ข้าพเจ้ารับรองว่าค่าแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง.

I/We warrant that the above statements are true and correct

(ประทับตราบริษัท)

ลงชื่อ _____

(_____)

บริษัท _____

ผู้เอาประกันภัย/Claimant

วันที่ _____

โทร : _____

เอกสารแนบประกอบการเรียกร้องค่าสินไหม (List of documents to support my claim)

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ |

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, 1329,1334, Fax: 02-639 3920, 665 2739-40