

วันที่: _____

1. ชื่อผู้เอาประกันภัย _____
2. กรมธรรม์เลขที่ _____
3. ที่อยู่ _____

โทร. _____ แฟกซ์ _____ อีเมล _____

4. วันที่เกิดเหตุ _____ เวลา _____ น.
5. สถานที่เกิดเหตุ _____
6. วันที่พบความเสียหาย _____ เวลา _____ น.
7. พบได้อย่างไร _____
8. พนักงานหรือบุคคลที่ทำให้เกิดความเสียหาย _____

ชื่อ _____ นามสกุล _____ โทร. _____

9. กรณีความเสียหายเกิดกับรถยนต์หรือจยย.: 1) ยี่ห้อ _____ ทะเบียน _____
ชื่อที่อยู่เจ้าของ _____

โทร. _____ ค่าเสียหายประมาณ _____ บาท

ไม่มีประกัน มีประกันประเภท _____ ที่ _____

ขณะเกิดเหตุ

จอดในที่ของผู้เอาประกัน จอดนอกสถานที่ของผู้เอาประกันคือจอดที่ _____

รับฝากโดยเก็บค่าฝาก รับฝากไม่เก็บค่าฝาก ให้จอดขณะใช้บริการของร้านหรือสถานที่ของผู้เอาประกัน
โดยไม่เก็บค่าฝาก

อื่นๆ _____

10. กรณีความเสียหายเกิดกับทรัพย์สินอื่น คือ _____

ชื่อที่อยู่เจ้าของ _____

โทร. _____

ลักษณะความเสียหาย _____

_____ ค่าเสียหายประมาณ _____ บาท

11.กรณีบาดเจ็บ(หรือเสียชีวิต)ชื่อผู้บาดเจ็บ _____ อายุ _____ ปี _____ เดือน
อาชีพ _____ ที่อยู่ _____
โทร. _____

อาการบาดเจ็บ _____ ค่ารักษาประมาณ _____ บาท
รักษาตัวที่ _____ เป็นคนไข้ [] ใน [] นอก ใบแพทย์หมอให้พัก _____ วัน

ข้าพเจ้ารับรองว่าค่าแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริงและรับรองว่าข้าพเจ้าไม่ได้เรียกร้องหรือมีสิทธิ
เรียกร้องความเสียหายเดียวกันนี้ภายใต้กรมธรรม์อื่นและหรือจากบริษัทประกันภัยอื่นแต่อย่างใด

ลงชื่อ _____
(_____)
ผู้เอาประกันภัย/Claimant's Signature
โทร (Tel) : _____

เอกสารแนบประกอบการเรียกร้องค่าสินไหม

- | | |
|----------|----------|
| 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

หน้า 2 จาก 2 หน้า