MARINE CARGO-CLAIM FORM
แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมการขนส่งระหว่างประเทศ

To : LMG Insurance Co.,Ltd ; Fax :02-639-3920 , 02-6652739-40 **Date :**

Attn : _____ **วันที่ :** _____

This is to notify you that a loss occurred to my cargo,the partuculars of which are indicated below :

ขอแจ้งให้ท่านทราบว่าได้เกิดความสูญเสียขึ้นกับสินค้าของข้าพเจ้า รายละเอียดมีดังต่อไปนี้คือ.-

(A) ผู้เอาประกันภัย :Insured Name		
(B) กรมธรรม์เลขที่ : Policy No		Sum Insured [A]
(C) Mode of Transit วิธีขนส่ง(เลือกกา 1 ช่อง)	☐ sea ทางเรือ ☐ Air ทางอากาศ ☐ Parcel ไปรษณีย์	Vessel & Voy./Flight No.: ชื่อเรือ/เที่ยวเรือ (เที่ยวบิน):
(D) ☐ B/L No ☐ Airway Bill No ☐ Parcel Recipt No ชนิดใบตราส่ง (เลือกกา 1 ช่อง)		No: เลขที่: Date: ลงวันที่:
(E) Port of Loading , City , Country & Date ท่าต้นทาง,ชื่อเมือง, ประเทศ และ วันที่เรือออกจากท่า		วันที่:
(F) Port of discharge , Province & Arrival Date ท่าปลายทาง,จังหวัด และ วันที่เรือเทียบท่า		Port: ท่าเรือ: Arrival Date: วันที่เรือเข้า:
(G) Amphur , Province in which final warehouse situates อำเภอ,จังหวัดที่คลังสินค้าปลายทางตั้งอยู่		
(H) 1.Date-cargo arrived final warehouse 1.วันที่สินค้าถึงโกดัง 2.Date-damage was found. 2. วันที่พบความเสียหาย		1. Date : 1.วันที่: 2. Date : 1.วันที่:
(I) เลขที่ใบกำกับสินค้าและวันที่ : Invoice No. & Date		Invoice Value [B]
(J) ลักษณะของการหีบห่อ :Nature of original Packing		
(K) สภาพหีบห่อที่ตรวจพบ :Conditions of Packings found		
(L) ลักษณะการเกิดความเสียหาย : Loss Descriptions		
(M) ซากสินค้ามีมูลค่าหรือไม่ : Is there Salvage Value?		
(N) Was Wharf Survey Note (sea) or Damaged Cargo List (air) obtained ? มีเอกสารรับรองความเสียหายจากท่าเรือหรือท่าอากาศยานหรือไม่		

CLAIMS BILL : ค่าสินไหมที่เรียกร้อง

Item	Particulars รายการสินค้าที่เสียหาย	Nature of damage ลักษณะที่เสียหาย	Extent of damage เสียหายมากน้อยอย่างไร	Unit Price ราคาต่อหน่วย	Quantity จำนวน	Loss Amount มูลค่าเสียหาย
				รวมมูลค่าเสียหาย : [C]		

<u>รายการคำนวณค่าสินไหมตามเงื่อนไขกรมธรรม์</u>

Claims Payable = Total Loss Amount x Sum Insured / Total Invoice Value : $\frac{C \times A}{B}$

ค่าสินไหมที่เรียกร้อง = บาท

( )

ลงชื่อ..... ผู้เอาประกัน

( )

ตำแหน่ง:

โทร:

แฟกซ์ :