

**แบบฟอร์มแจ้งเรียกร้องค่าสินไหม  
การประกันภัยขนส่งสินค้าในประเทศ**

โปรดกรอกข้อความตามความเป็นจริงและส่งกลับบริษัทฯ

1. ชื่อผู้เอาประกันภัย : \_\_\_\_\_
2. ที่อยู่ : \_\_\_\_\_  
โทร: \_\_\_\_\_ แฟกซ์: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_
3. กรมธรรม์เลขที่: \_\_\_\_\_ ระยะเวลาประกันภัย \_\_\_\_\_
4. สินค้าออกจาก \_\_\_\_\_ ส่งปลายทางที่ \_\_\_\_\_
5. เจ้าของสินค้า \_\_\_\_\_
6. พาหนะที่ขนส่ง [ ] รถบรรทุกชนิด \_\_\_\_\_ ล้อ ทะเบียน \_\_\_\_\_  
[ ] รถหัวลากทะเบียน \_\_\_\_\_ หางพ่วงทะเบียน \_\_\_\_\_  
เลขตัวถังหัวลาก \_\_\_\_\_ ตู้คอนเทนเนอร์เลขที่ \_\_\_\_\_ ชนิดยาว \_\_\_\_\_ ฟุต  
เป็นตู้ชนิด [ ] ตู้แห้ง [ ] มีระบบทำความเย็น, **สินค้าที่บรรทุก:** \_\_\_\_\_
7. ผู้ขับขี่รถหัวลาก/รถบรรทุก \_\_\_\_\_ โทรมือถือ \_\_\_\_\_
8. วันที่เกิดเหตุ: \_\_\_\_\_ เวลา : \_\_\_\_\_
9. สถานที่เกิดเหตุ : \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_
10. รายละเอียดการเกิดเหตุ : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. หลังเกิดเหตุมีการกู้ตัวและหัวรถลากหรือไม่ [ ] ไม่มี [ ] มี, ใช้เครนขนาด \_\_\_\_\_ ตัน จำนวน \_\_\_\_\_ คัน
12. รถหัวลากหรือหางพ่วงได้ชนกับสิ่งใดหรือไม่ [ ] ไม่ได้ชน, ไม่ได้คว่ำ [ ] มีการชนคือชนกับ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ [ ] คว่ำ, หัวรถเสียหายหรือไม่ [ ] ไม่เสียหาย [ ] เสียหายที่ \_\_\_\_\_
13. มีคู่กรณีที่ทำให้เกิดความเสียหายหรือไม่ [ ] ไม่มี [ ] มี คือ รถทะเบียน \_\_\_\_\_  
ผู้ขับขี่/เจ้าของ \_\_\_\_\_ ที่  
อยู่ \_\_\_\_\_  
โทร/โทรมือถือ \_\_\_\_\_
- คู่กรณีมีประกันภัยหรือไม่ [ ] ไม่มี [ ] มี บริษัท \_\_\_\_\_  
มีเจ้าหน้าที่ประกันภัยคู่กรณีตรวจสอบความเสียหายหรือไม่ [ ] ไม่มี [ ] มี เมื่อวันที่ \_\_\_\_\_
14. ท่านได้ทำประกันภัยทรัพย์สินที่เสียหายนี้กับบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่? [ ] ไม่มี [ ] มี กับบริษัท \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ตามกรมธรรม์เลขที่ \_\_\_\_\_
15. ได้แจ้งความฯ การเกิดเหตุไว้ตาม 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)
<b>Total (</b>				

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

