

LMG INSURANCE PCL CLAIM FORM

Claim No:

เคลม ☐ นอก ☐ ใน

ผู้เอาประกันชื่อ	โทร	อยู่เลขที่
INSURED	TEL	ADDRESS#
ถนน	ตำบล	อำเภอ
ROAD	TAMB	AMPHUR
อาชีพ	บัตร ปชช.เลขที่	จังหวัด
PROFESSIO	ID.CARD#	PROVINC
กรมธรรม์ประเภท	เลขที่	วันออกบัตร
TYPE OF POLICY	POL.NO.	ISSUED DATE
รถประกันยี่ห้อ	ทะเบียน	พ.ร.บ. เลขที่
VEHICLE MAKE	LICENSE PLATE#	COMPULSORY POL.NO.
ผู้ขับขี่รถประกัน(นาย/นาง/น.ส.)	สี	เลขตัวถัง
DRIVER NAME	ว.ด.ป.เกิด	CHASSIS NO.
ใบอนุญาตชนิด	อายุ	ปี
TYPE OF DRIVING	BIRTH DATE	AGE
ที่อยู่ปัจจุบัน	วัน	วันหมดอายุ
ADDRESS	ISSUED	EXPIRY DATE
ผู้ขับขี่มีความสัมพันธ์กับผู้เอาประกัน	โทร.	
RELATIONSHIP OF TO INSURED	TEL.	
ขณะเกิดเหตุได้ใช้รถเพื่อ	ระบุชื่อใน ก.ร.หรือไม่	
IN THE ACCIDENT, THE VEHICLE USED FOR	IS A FIXED NAME	
SERVICE FOR AWARD		
BE RENTED		
OTHER		

ส่วนนี้ห้ามพนักงานกรอกแทน
DO NOT ALLOW STAFF WRITE FOR INSURED

วันเกิดเหตุ	เวลา	น.	ที่เกิดเหตุ
LOSS DATE	TIME		LOSS PLACE
ตำบล	จังหวัด		
TAMBON	AMPHUR	PROVINCE	

รายละเอียดการเกิดเหตุ / HOW DID THE ACCIDENT OCCUR?

แผนที่เกิดเหตุ
ACCIDENT SKETCH

การเกิดเหตุย่อ :

พงส.ชื่อ	ปจว.ลว	ข้อที่	สน.	จ.
POLICE	POLICE REPORT DATE	SECTION	STATION	PROVINCE
ความเห็น พงส.	0.รถประกันประมาท	0.รถคู่กรณีประมาท	0.ประมาทสองฝ่าย	0.อยู่ระหว่างสอบสวน
POLICE OPINION	INSURED TO BE BLAMED	T/P TO BE BLAMED	BOTH TO BE BLAMED	UNDER INVESTIGATION
ความเห็น ผู้ขับขี่รถประกัน	0.รถประกันประมาท	0.รถคู่กรณีประมาท	0.ประมาทสองฝ่าย	0.ไม่มีความเห็น
DRIVER'S OPINION	INSURED TO BE BLAMED	T/P TO BE BLAMED	BOTH TO BE BLAMED	NO COMMENT

ข้าฯ รับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริง และ ข้าฯยินยอมให้แพทย์และสถานพยาบาลที่ตรวจรักษาให้ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจและผลการตรวจรักษาหรือข้อมูลอื่นๆตามร้องขอ แก่ บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด ทุกประการ

I CERTIFY THE ABOVE STATEMENTS ARE TURE. I FULLY ALLOW THE DOCTORS WHO'VE TREATED ME AND OR THE HOSPITALS, CLINICS INVOLVED TO RELEASE THEIR OPINIONS, ALL RELEVANT DOCUMENTS TO MY INSURER UPON REQUEST

ลงชื่อ	ผู้ขับขี่/ผู้เอาประกัน
SIGNATURE	DRIVER/INSURED
(	)

วันที่	โทรมือถือ :
DATE	MOBILE PHONE NO. :

ติดแถบกาาเลขตัวถัง

รายละเอียดคู่กรณีประกอบรายงานเบื้องต้น

DETAILS OF THIRD PARTIES

Claim No. :

รถคู่กรณี/เจ้าของทรัพย์สิน ที่	☐	ยี่ห้อ	ทะเบียน	ชนิดรถ	
T/P NO.		MAKE	PLATE NO.	VEHICLE TYPE	
มีประกันที่		ประเภท	เลขกรมธรรม์	เลขเคลม	
INSURED WITH		TYPE OF POL.	POL.NO.	ITS CLAIM#	
KFK () Yes () No	☐	ไม่มีประกัน	ชื่อคู่กรณี นาย/นาง/น.ส. :	อายุ	ปี
		NOT INSURED	T/P NAME	AGE	
อาชีพ		เลขบัตร ปชช.	ที่อยู่		
PROFESSION		I.D.O CARD#	ADDRESS		
สถานที่ติดต่อสะดวก				โทร	
EASY CONTACT AT				TEL.	
เลขที่ใบขับขี่		ประเภท	ออกที่	วันที่ออก	วันที่หมดอายุ
LICENSE DRIVING#		TYPE	PLACE ISSUED	DATE ISSUED	DATE EXPIRED
ค่าเสียหาย	1.ค่าแรง	บ.	2.ค่าอะไหล่	บ.	
LOSS ESTED	LABOR		SPARE PARTS		
3.ค่ารถยก	บ.	4.อื่นๆ	บ.	รวมค่าเสียหาย	
TOWING		OTHER		TOTAL LOSS ESTED	บาท
					BAHT

รายการความเสียหาย / DAMAGED ITEMS

รถคู่กรณี/เจ้าของทรัพย์สิน ที่	☐	ยี่ห้อ	ทะเบียน	ชนิดรถ	
T/P NO.		MAKE	PLATE NO.	VEHICLE TYPE	
มีประกันที่		ประเภท	เลขกรมธรรม์	เลขเคลม	
INSURED WITH		TYPE OF	POL.NO.	ITS CLAIM#	
KFK () Yes () No	☐	ไม่มีประกัน	ชื่อคู่กรณี นาย/นาง/น.ส. :	อายุ	ปี
		NOT INSURED	T/P NAME	AGE	
อาชีพ		เลขบัตร ปชช.	ที่อยู่		
PROFESSION		I.D.O CARD#	ADDRESS		
สถานที่ติดต่อสะดวก				โทร	
EASY CONTACT AT				TEL.	
เลขที่ใบขับขี่		ประเภท	ออกที่	วันที่ออก	วันที่หมดอายุ
LICENSE DRIVING#		TYPE	PLACE ISSUED	DATE ISSUED	DATE EXPIRED
ค่าเสียหาย	1.ค่าแรง	บ.	2.ค่าอะไหล่	บ.	
LOSS ESTED	LABOR		SPARE PARTS		
3.ค่ารถยก	บ.	4.อื่นๆ	บ.	รวมค่าเสียหาย	
TOWING		OTHER		TOTAL LOSS ESTED	บาท
					BAHT

รายการความเสียหาย / DAMAGED ITEMS

ชื่อผู้	()	บาดเจ็บ	()	เสียชีวิตที่	☐	เพศ	อายุ	ปี
NAME OF		INJURED		LOSS OF LIFE		SEX	AGE	
ขณะเกิดเหตุเป็น	()	คนขับคู่กรณี	()	ผู้โดยสารรถคู่กรณี	()	คนขับรถประกัน	()	ผู้โดยสารรถประกัน
AS		TP DRIVER		TP'S PASSENGER		INSURED DRIVER		INSURED'S PASSENGER
เลขที่บัตรประชาชน				อาชีพ		รายได้		บาท/เดือน
ID. CARD#				PROFESSION		EARNING		BAHT/MONTH
ที่อยู่						โทร. :		
ADDRESS						TEL		
อาการบาดเจ็บ								
NATURE OF INJURY								
รักษาที่โรงพยาบาล				อำเภอ		จังหวัด		
TREATED AT HOSPITAL				AMPHUR		PROVINCE		
โทรศัพท์				ระยะเวลาที่รักษา	()	OPD	()	IPD
TEL.				PERIOD OF TREATMENT				
ค่ารักษาพยาบาล =				บาท		ค่าสินไหมบาดเจ็บ =		บาท
MEDICAL EXPS.						COMPENSATION ESTED (INJURED)		
ค่าสินไหมเสียชีวิต =				บาท		รวมตั้งสำรองสินไหมบาดเจ็บ/เสียหาย =		บาท
COMPENSATION ESTED (LOSS OF LIFE)						TOTAL B.I. LOSS ESTED		

ชื่อผู้	()	บาดเจ็บ	()	เสียชีวิตที่	☐	เพศ	อายุ	ปี
NAME OF		INJURED		LOSS OF LIFE		SEX	AGE	
ขณะเกิดเหตุเป็น	()	คนขับคู่กรณี	()	ผู้โดยสารรถคู่กรณี	()	คนขับรถประกัน	()	ผู้โดยสารรถประกัน
AS		TP DRIVER		TP'S PASSENGER		INSURED DRIVER		INSURED'S PASSENGER
เลขที่บัตรประชาชน				อาชีพ		รายได้		บาท/เดือน
ID. CARD#				PROFESSION		EARNING		BAHT/MONTH
ที่อยู่						โทร. :		
ADDRESS						TEL		
อาการบาดเจ็บ								
NATURE OF INJURY								
รักษาที่โรงพยาบาล				อำเภอ		จังหวัด		
TREATED AT HOSPITAL				AMPHUR		PROVINCE		
โทรศัพท์				ระยะเวลาที่รักษา	()	OPD	()	IPD
TEL.				PERIOD OF TREATMENT				
ค่ารักษาพยาบาล =				บาท		ค่าสินไหมบาดเจ็บ =		บาท