

แบบฟอร์มแจ้งเรียกร้องค่าสินไหม
กรมธรรม์ประกันอัคคีภัยและทรัพย์สิน (IAR)
(Fire & IAR Claim Form)

วันที่:.....

1. ชื่อผู้เอาประกันภัย(Insured) _____
2. กรมธรรม์เลขที่ (Policy No.) _____
3. ที่อยู่ (Address) _____
โทร _____ แฟกซ์ _____
4. วันที่เกิดเหตุ (Date of Loss) _____ เวลา (Time) _____
5. สถานที่เกิดเหตุอยู่เลขที่ (Place of Loss) _____

6. ลักษณะการใช้สอยอาคาร (Occupancy) _____
7. รายละเอียดการเกิดเหตุ (Details of how or why the loss happened) _____

8. ชื่อที่อยู่ผู้ทำให้เกิดความเสียหาย (Who did cause the loss?) _____

9. รายละเอียดผู้รู้เห็นเหตุการณ์ (Witness who can tell about the accident?) _____
ชื่อ (Name) _____ โทร(Tel): _____
ที่อยู่ (Address) _____
10. กรณีไฟฟ้าลัดวงจรและทำความเสียหายต่อเครื่องใช้ไฟฟ้าหรือเครื่องคอมพิวเตอร์ ความเสียหายที่เกิดขึ้น มีร่องรอยไฟไหม้หรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุรายละเอียดสภาพร่องรอยไฟไหม้) _____

11. กรณีเกิดโจรกรรมทรัพย์สิน ปรากฏร่องรอยขัดแงะต่อทางเข้าออกอาคารหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุสภาพร่องรอยและจุดเกิดเหตุ) _____

12. ได้แจ้งความการเกิดเหตุไว้ตาม ปจว.ตำรวจลงวันที่ (Police Report dated) _____ ☐ ไม่ได้แจ้ง
13. ท่านได้เอาประกันภัยทรัพย์สินที่เสียหายไว้กับบริษัทประกันภัยอื่นด้วยหรือไม่? (Have you had any other insurance to cover this loss?) [] ไม่ได้ทำ No [] ได้ทำ Yes โปรดแจ้งกรมธรรม์และบริษัทประกันภัย (Please advise policy number and the insurance company)

14. จำนวนเงินและรายการที่เรียกร้องความเสียหาย (Statement of Claims)

กรมธรรม์เลขที่ _____ วันที่เกิดเหตุ: _____

No.	รายละเอียดทรัพย์สิน Particulars	ชื่อเจ้าของ Owner	ลักษณะ ความเสียหาย Nature of Damage	ราคาซื้อ หรือสร้าง Price bought	ปีที่ซื้อหรือ สร้าง Year bought or built	%ค่า เสื่อม Depre.	มูลค่าหลังค่า เสื่อม(บาท) Amount claimed, after depre.
1							
รวมราคาที่เสียหาย Total price					รวมค่าสินไหมที่ เรียกร้อง Total amount claimed		

ข้าพเจ้ารับรองว่าค่าแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริงและรับรองว่าข้าพเจ้าไม่ได้เรียกร้องหรือมีสิทธิเรียกร้องความเสียหายเดียวกันนี้ภายใต้กรมธรรม์อื่นและหรือจากบริษัทประกันภัยอื่นแต่อย่างใด (I/We warrant that the above statements are true and correct and warrant that I/We have no other insurance to cover this loss).

ลงชื่อ(signature) _____

(_____)

ผู้เอาประกันภัย/Claimant's Signature

โทร (Tel) : _____

เอกสารแนบประกอบการเรียกร้องค่าสินไหม (List of documents to support my claim)

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

บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด (มหาชน)

ชั้น 14, 15, 17 และ 19 อาคารจัสมิน ซิตี้ 2 ซอยสุขุมวิท 23 ถนนสุขุมวิท แขวงคลองตันเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

LMG Insurance Public Company Limited

14th, 15th, 17th and 19th Floor, Jasmine City Building, 2 Soi Sukhumvit 23, Sukhumvit Road, Khlongtoey Nua, Wattana, Bangkok 10110

Tel.: 0-2661-6000 : AllNon-MotorClaims Ext. , 1335, 1342,1308 Fax.: 02-665 2738-39