

LMG Insurance Public Company Limited
14th, 15th, 17th and 19th Floor, Jasmine City Building,
No. 2 Soi Sukhumvit 23, Sukhumvit Road,
Klongtoey Nua, Wattana, Bangkok 10110

บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด (มหาชน)
ชั้นที่ 14, 15, 17 และ 19 อาคารจัสมินซิตี
เลขที่ 2 ซอยสุขุมวิท 23 ถนนสุขุมวิท
แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110
ทะเบียนเลขที่/เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107555000171

โทรศัพท์ 0 2661 6000
โทรสาร 0 2665 2728
www.lmginsurance.co.th

แบบฟอร์มแจ้งเรียกร้องค่าสินไหม - สินไหมทั่วไป
(Non-Motor General Claims 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. ได้แจ้งความการเกิดเหตุไว้ตาม ปจว.ตำรวจลงวันที่ (Police Report dated)
ไม่ได้แจ้ง
11. ท่านได้เอาประกันภัยทรัพย์สินที่เสียหายไว้กับบริษัทประกันภัยอื่นด้วยหรือไม่? (Have you had any other insurance to cover this loss?)
[] ไม่มี No [] มี Yes ตามกรมธรรม์และบริษัทประกันภัย ดังต่อไปนี้ (as per below policy number & the insurance company)
.....

ข้าพเจ้ารับรองว่าคำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริงและรับรองว่าข้าพเจ้าไม่ได้เรียกร้องหรือมีสิทธิเรียกร้องความเสียหายเดียวกันนี้ภายใต้กรมธรรม์อื่นและหรือจากบริษัทประกันภัยอื่นแต่อย่างใด (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) :

จำนวนเงินและรายการที่เรียกร้องความเสียหาย (Statement of Claims)

อ้างถึง : 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.
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 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

