

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 )  
\_\_\_\_\_

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) : \_\_\_\_\_

**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.
<b>รวมราคาที่เสียหาย Total price</b>					<b>รวมค่าสินไหมที่ เรียกร้อง Total amount claimed</b>		

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. _____ |

