

CLAIM FORM

Claim No: _____

เคลม นอก ใน

ผู้เอาประกันภัยชื่อ INSURED		โทร TEL		อยู่เลขที่ ADDRESS#	
ถนน ROAD	ตำบล TAMBON	อำเภอ AMPHUR	จังหวัด PROVINCE		
อาชีพ PROFESSION	บัตรประชาชนเลขที่ ID.CARD#	วันออกบัตร ISSUED DATE	วันหมดอายุ EXPIRY DATE		
กรมธรรม์ประเภท TYPE OF POLICY	เลขที่ POL.NO.	พ.ร.บ. เลขที่ COMPULSORY POL.NO.			
รถประกันภัยยี่ห้อ VEHICLE MAKE	ทะเบียน LICENSE PLANT#	สี COLOR	เลขตัวถัง CHASSIS NO.		
ผู้ขับขี่รถประกันภัย(นาย/นาง/น.ส.) DRIVER NAME		ว.ด.ป.เกิด BIRTH DATE	อายุ AGE		
ใบอนุญาตชนิด TYPE OF DRIVING LICENSE	เลขที่ NO.	วันอนุญาต ISSUED DATE	วันหมดอายุ EXPIRY DATE		
ที่อยู่ปัจจุบัน ADDRESS		โทร. TEL.			
ผู้ขับขี่ที่มีความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย RELATIONSHIP OF DRIVER TO INSURED	() ผู้เอาประกันภัย INSURED	() ลูกจ้าง EMPLOYEE	() อื่นๆ OTHER	ระบุชื่อใน ก.ธ.หรือไม่ IS A FIXED NAME POLICY?	
ขณะเกิดเหตุได้ใช้รถเพื่อ IN THE ACCIDENT, THE VEHICLE USED FOR	() รับจ้าง SERVICE FOR AWARD	() ให้เช่า BE RENTED	() อื่นๆ OTHER		

ส่วนนี้ห้ามพนักงานกรอกแทน
DO NOT ALLOW STAFF WRITE FOR INSURED

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

รายละเอียดการเกิดเหตุ / HOW DID THE ACCIDENT OCCUR? _____

แผนที่เกิดเหตุ
ACCIDENT SKETCH

การเกิดเหตุย่อ :

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

ข้าฯ รับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริง และข้าฯยินยอมให้แพทย์และสถานพยาบาลที่ตรวจรักษา ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจและผลการตรวจรักษา หรือข้อมูลอื่นๆตามร้องขอแก่ บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด ทุกประการ
I CERTIFY THE ABOVE STATEMENTS ARE TRUE. 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 SIGNATURE	ผู้ขับขี่/ผู้เอาประกันภัย DRIVER/INSURED
(_____)	
วันที่ DATE	โทรมือถือ MOBILE PHONE NO.:
_____ / _____ / _____	_____

ติดแถบกาวยึดเลขตัวถัง