



แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนเนื่องจากอุบัติเหตุรถยนต์
Automobile Claim Form

ข้อมูลทั่วไป / General Information

การเรียกร้องเลขที่ / CLAIM NO.

กรมธรรม์หลักเลขที่ Voluntary Policy No.		กรมธรรม์ พ.ร.บ.เลขที่ Compulsory Policy No.		กรมธรรม์ขาดประโยชน์เลขที่ Loss of Use Policy No.	
ยี่ห้อรถยนต์ Automobile Name		หมายเลขตัวถัง Chassis No.		ทะเบียนรถยนต์เลขที่ License No.	
ชื่อผู้เอาประกัน Insured Name			Email		โทรศัพท์ Phone No.
ที่อยู่ติดต่อได้ Address					
ชื่อผู้ขับขี่ Name of Driver		ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกัน Relation to Claimant		เลขที่บัตรประชาชน ID No.	
เพศ Sex	อายุ Age	วันเกิดเกิด / / Birth Date		โทรศัพท์ License Type	
ที่อยู่ของผู้ขับขี่ Address of Driver					
ใบอนุญาตขับรถเลขที่ Driver's License No.		วันที่ออกบัตรเกิด / / Issue Date		ชนิดของใบอนุญาต License Type	
อุบัติเหตุเกิดวันที่ / / เวลา Date of Accident Time			สถานที่เกิดเหตุ Place of Accident		
คำให้การของผู้ขับขี่ (กรอกรายละเอียดว่าอุบัติเหตุเกิดขึ้นอย่างไร) Driver's Statement (Give clear account of how accident happened)			รายการความเสียหาย Body Repair No. รวมทั้งหมดรายการ		
ลงชื่อผู้ขับขี่ : Signature of Driver			ลงชื่อผู้เอาประกัน : Signature of Insured		วันที่ทำรายการ : Date of This Report

ข้อมูลการเปิดเคลมเพิ่มเติม / Dry Claim

	วันที่เกิดเหตุ	เวลา	สถานที่เกิดเหตุ	สาเหตุการเกิดเหตุ	รายการความเสียหาย	หมายเหตุ / อื่นๆ
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
ลงชื่อผู้ขับขี่ : Signature of Driver			ลงชื่อผู้เอาประกัน : Signature of Insured		วันที่ทำรายการ : Date of This Report	

ข้อมูลฝ่ายคู่กรณี / Third Party Details

ชื่อของฝ่ายที่ทำให้เกิดความเสียหาย Name of Party who caused damage	Email / โทรศัพท์ :
ที่อยู่ Address	
คู่กรณีได้ทำประกันไว้หรือไม่ Is he insured?	ถ้ามี กรุณาแจ้งชื่อบริษัท If so, Name of Company

ทรัพย์สินของคู่กรณีที่ได้รับความเสียหาย / Damage to Third Party Property

ชื่อ Name	ที่อยู่ / โทรศัพท์ Address / Tel.	ยี่ห้อ Make	ทะเบียนเลขที่ License No.	ชื่อบริษัทประกัน T/P Ins. Co.

บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บ / Person Injured

ชื่อ Name	ที่อยู่ / โทรศัพท์ Address / Tel	อายุคะเน Apparent Age	ทำเครื่องหมายไว้ถ้าผู้ได้รับบาดเจ็บ Indicate by check if injured was			ลักษณะความบาดเจ็บ Extent of Injuries
			อยู่ในรถประกัน Occupant of Assured's car	อยู่ในรถคันอื่น Occupant of other car	คนเดินถนน Pedestrian	

ชื่อเจ้าหน้าที่ตำรวจ Name of Officer	สถานีตำรวจ Police station
วันที่ทำรายงานอุบัติเหตุ Date accident reported	

เพื่อเป็นข้อมูลในการปรับปรุงด้านการบริการ บริษัทฯ ใครขอความร่วมมือ ผู้เอาประกัน ในการระบุเวลาที่เจ้าหน้าที่ของบริษัท ฯ ไปพบท่าน	เวลาที่แจ้ง	น. วันที่ / /
	เวลาที่เจ้าหน้าที่ไปถึง	น. วันที่ / /
	ลงชื่อผู้เอาประกัน	วันที่ / /

สำหรับติดแถบหมายเลขตัวถัง

เฉพาะเจ้าหน้าที่ / Adjuster Only

กรมธรรม์รถยนต์ประเภท	<input type="checkbox"/> ไม่ระบุชื่อ	<input type="checkbox"/> ระบุชื่อ	<input type="checkbox"/> ชื่อตรงกับกรมธรรม์	<input type="checkbox"/> ชื่อไม่ตรงกับกรมธรรม์	<input type="checkbox"/> COLL DED
Policy Effective : From	/ /	to	/ /	DED ได้รับ ฿	ไม่ได้รับ ตามเก็บ ฿
Feature	Settle	Claim ฿	after less DED ฿	Pay to	
Labor cost ฿		To			
Spare parts cost ฿					
Comments :					
Adjuster	Date	/ /	Supervisor	Date	/ /

หมายเหตุ : กรุณาศึกษาค่าแนะนำ และเอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมได้ที่ www.aig.co.th/claims

ติดต่อสอบถามโทร 0-2649-1999

© American International Group, Inc. All Rights Reserved.