



แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
ประกันภัยขนส่งสินค้า
MARINE CLAIM FORM

โปรดกรอกแบบฟอร์มนี้โดยละเอียด และถูกต้องที่สุด และกรุณาส่งกลับมายังบริษัทโดยด่วน
Please complete this form as fully and accurately as possible and return to the insurer immediately

ข้อมูลผู้เรียกร้องและผู้เอาประกันภัย / CLAIMANT & INSURED

ชื่อผู้เรียกร้อง Claimant Name	
เลขที่กรมธรรม์ Policy no.	เลขที่อ้างอิง Your Ref. no.
ที่อยู่ Address	
ชื่อผู้ติดต่อ Contact Person	
เบอร์ติดต่อ Contact no.	อีเมล Email
ชื่อผู้เอาประกันภัย Insured Name (If different from above)	
ที่อยู่ Address	
ชื่อผู้ติดต่อ Contact Person	
เบอร์ติดต่อ Contact no.	อีเมล Email

รายละเอียดการขนส่ง / TRANSPORTATION INFORMATION

สินค้าที่ทำประกัน Interest Insured	
เลขที่ใบตราส่ง Bill of Lading/ Air Waybill no.	จำนวนเงินเอาประกัน Sum Insured
เงื่อนไขการขาย Terms of Sale <input type="checkbox"/> FOB <input type="checkbox"/> CFR <input type="checkbox"/> CIF <input type="checkbox"/> EXW <input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ) Other, please inform _____	
ต้นทาง Original Place	ปลายทาง Destination
ยานพาหนะ Vessel/ Vehicle no.	บรรจุตู้คอนเทนเนอร์ Load in Container <input type="checkbox"/> ใช่ Yes (FCL/ LCL) _____ <input type="checkbox"/> ไม่ No
วันที่ถึงท่า Arrival Date	วันที่ส่งของปลายทาง Delivery Date

ลักษณะการเกิดเหตุและความเสียหาย / LOSS CIRCUMSTANCES

วันที่เกิดเหตุ/ พบความเสียหาย Date of Loss/Discovered	สถานที่เกิดเหตุ/ พบความเสียหาย Place of Loss/Discovered
สาเหตุความเสียหาย และรายละเอียดเหตุการณ์ Cause and Manner of Occurrence	
จำนวนเงินที่เรียกร้องทั้งหมด (โปรดระบุรายการในหน้า 2) Estimated Loss/Amount Claimed (Please declare in Page 2)	

ข้อมูลผู้ขนส่ง CARRIER/ FORWARDER/ BAILEE INFORMATION

ชื่อผู้ขนส่ง Carrier/ Forwarder/ Bailee	
ที่อยู่ Address	
ชื่อผู้ติดต่อ Contact Person	
เบอร์ติดต่อ Contact no.	อีเมล Email

รายการสินค้าที่ได้รับความเสียหาย/ LIST OF DAMAGED GOODS

รายการ Item	สินค้าที่ได้รับความเสียหาย Damaged Goods	ปริมาณความเสียหาย Quantity	มูลค่าความเสียหาย Claim Amount
1			
2			
3			
4			
5			
รวม Total amount			

ซากสินค้า Salvage	<input type="checkbox"/> มี / Yes <input type="checkbox"/> ไม่มี / No <input type="checkbox"/> หมายเหตุ Remark (BOI, Bonded) _____ สถานที่เก็บ (โปรดแนบแผนที่) Address of Warehouse (Please enclose map) _____
----------------------	---

ข้าพเจ้า/เราขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้น ถูกต้องเป็นจริงตามที่ข้าพเจ้า/เราได้ทราบมาและเชื่อเป็นดังนั้นทุกประการ

I/We hereby declare that to the best of my/our knowledge and belief, the above statements are fully and truly made

ลายมือชื่อผู้เรียกร้อง/ Signature

วันที่/Date

เอกสารเบื้องต้นสำหรับการเรียกร้องค่าสินไหม/ Claim Documents

- แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหม พร้อมรายละเอียดรายการเรียกร้อง / Claim Form to Insurer with declare calculation
- Commercial Invoice/ Packing List/ Weight Note
- Original Bill of Lading / Air Waybill / Transportation Agreement (Front & Back sides)
- Exception List / Delivery Receipt noting the exception
- Sales Contract / Purchase Order
- Claim letter to the carrier / bailee (request Survey note/ Cargo damage report(DMC)/ Damage report)
 - a) Sea Freight / Overland Transit - 3 working days after the date of delivery
 - b) Air Freight - 7 days after the date of delivery
- รูปถ่ายความเสียหาย / Photo of Damage
- Original Survey Report (if survey has been applied)
- Police or Traffic Accident Report (in case of theft, pilferage, robbery or traffic accident)
- และเอกสารประกอบอื่นๆ ที่บริษัทฯ อาจร้องขอเพิ่มเติมได้ในภายหลัง/ and other documents as required by us later.

หมายเหตุ: เอกสารประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทนตามที่ระบุข้างต้น เป็นรายการเอกสารเบื้องต้นที่จำเป็นต่อการพิจารณาค่าสินไหมของท่าน บางกรณีอาจขอเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้