



แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน  
ประกันภัยทรัพย์สินและเอสเอ็มอี

PROPERTY / ENERGY / SME CLAIM FORM

กรุณากรอกแบบฟอร์มเรียกร้องนี้โดยละเอียดและครบถ้วนที่สุดและส่งคืนบริษัทฯ โดยเร็วหลังจากท่านทราบว่าเกิดอุบัติเหตุ  
This form should be completed as fully and accurately as possible and return to the Company immediately after accident

ผู้เอาประกันภัย / The Insured

ชื่อผู้เอาประกันภัย / Name Insured	กรมธรรม์เลขที่ / Policy No.
ที่อยู่ / สถานที่เอาประกันภัย Address	
ชื่อผู้แจ้ง / ผู้ติดต่อ Insured's contact name	ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย / Relationship with Insured
อีเมล E-mail	หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ / Phone No.

ลักษณะการเกิดเหตุและความเสียหาย / Circumstances of Loss

วันที่เกิดเหตุ / Date of loss	เวลา / Time
สถานที่เกิดเหตุ / Loss location	
อธิบายเหตุการณ์โดยละเอียด Detailed of loss	
กรณีโจรกรรม มีร่องรอยงัดแงะหรือไม่ In case burglary, any forcible entry?	<input type="checkbox"/> ใช่ / Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / No ถ้าใช่ โปรดระบุตำแหน่ง / If yes, please identify?
บันทึกประจำวันตำรวจ / Police Report	<input type="checkbox"/> มี / Yes <input type="checkbox"/> ไม่มี / No สถานีตำรวจ / Police Station

รายละเอียดคู่กรณี (ถ้ามี) / Detail of Claimant / Third Party ( If any)

ชื่อคู่กรณี / ผู้เสียหาย Third Party Name	โทรศัพท์ / Phone No.	สัญชาติ / Nationality
ที่อยู่ติดต่อได้ / Address		
โปรดระบุลักษณะการ บาดเจ็บ และ / หรือทรัพย์สินเสียหาย Describe nature of Bodily Injury and / or Property Damage		
รถยนต์คู่กรณี/ Third party vehicle	ยี่ห้อ / รุ่น Brand / Type	
อีเมล E-mail	หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ / Phone No.	
คู่กรณีมีประกันภัยไว้กับบริษัทประกันอื่นหรือไม่ / Third party has insurance?	<input type="checkbox"/> มี / Yes <input type="checkbox"/> ไม่มี / No	โปรดระบุชื่อบริษัทประกันภัย / Insurer Name

รายละเอียดทรัพย์สินของคู่กรณีที่ได้รับ ความเสียหาย / Details of Third Party Property Damage

รายการ Item	ทรัพย์สินที่ได้รับความเสียหาย Property Damage	ปริมาณความเสียหาย Quantity	มูลค่าความเสียหาย Claim Amount
ซากทรัพย์สิน/ Salvage	<input type="checkbox"/> มี / Yes <input type="checkbox"/> ไม่มี / No	โปรดระบุ / Please give details	
ประกันภัยฉบับอื่น / Other Insurance	<input type="checkbox"/> มี / Yes <input type="checkbox"/> ไม่มี / No	โปรดระบุชื่อและหมายเลขกรมธรรม์และบริษัทที่รับประกัน/ Please provide insurer name	

ข้าพเจ้า/เรา ขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ถูกต้องเป็นจริงตามที่ข้าพเจ้า/เราได้ทราบมาและเชื่อเป็นดั่งนั้นทุกประการ

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

\_\_\_\_\_  
ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย / Insured Signature

\_\_\_\_\_  
วันที่ / Date

เอกสารเบื้องต้นสำหรับการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน / Claim Documents

- แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมประกันภัยทรัพย์สินและเอสเอ็มอี / PROPERTY / ENERGY / SME CLAIM FORM Claim Form
- ใบเสนอราคาซ่อม / เปลี่ยนทรัพย์สินที่เสียหาย / Repair / Replace Quotation
- สำเนาบัตรประชาชน, สำเนาทะเบียนการค้า / Copy of ID Card, Copy of Company Affidavit
- รูปถ่ายความเสียหาย / Photo of Damage
- บันทึกประจำวันตำรวจ (กรณีคดีอาญา) / Police Report (If it is criminal case)
- และเอกสารอื่น ๆ ตามที่บริษัทฯ อาจร้องขอในภายหลัง / And other documents as required by us later.

หมายเหตุ: เอกสารประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทนตามที่ระบุข้างต้น เป็นรายการเอกสารเบื้องต้นที่จำเป็นต่อการพิจารณาค่าสินไหมของท่าน ในบางกรณีอาจขอเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้

ติดต่อสอบถาม โทร. + 66 2 649 1999 / Please Contact +66 2 649 1999 email: thclclaims@aig.com