



แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
ประกันภัยความรับผิดตามกฎหมายต่อบุคคลภายนอก
PUBLIC LIABILITY CLAIM FORM

กรุณากรอกแบบฟอร์มเรียกร้องนี้โดยละเอียดและครบถ้วนที่สุด และส่งคืนบริษัทฯ โดยเร็วหลังจากท่านทราบอุบัติเหตุ

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	
เมื่อไหร่ และใครเป็นผู้แจ้งเหตุต่อท่าน When and by whom was the incident report to you	
อธิบายเหตุการณ์โดยละเอียด Detailed of loss	
เหตุการณ์เกิดจากความประมาทของใคร / Whose negligence caused the incident?	
เหตุการณ์เกิดขึ้นจากการขาดความระมัดระวังของผู้เรียกร้องเองหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ / Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / No Was incident due to lack of care upon part of Claimant? ถ้าใช่ อย่างไร / If so, how?	
บันทึกประจำวันตำรวจ / Police Report	<input type="checkbox"/> มี / Yes <input type="checkbox"/> ไม่มี / No สถานีตำรวจ / Police Station
ประกันภัยฉบับอื่น / Other Insurance	<input type="checkbox"/> มี / Yes <input type="checkbox"/> ไม่มี / No โปรดระบุ / Please give details

รายละเอียดคู่กรณี / Detail of Claimant / Third Party

ชื่อคู่กรณี / ผู้เสียหาย Claimant Name	อายุ / Age	สัญชาติ / Nationality
ที่อยู่ติดต่อได้ / Address		
อีเมล E-mail	หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ / Phone No.	
ประกันภัยฉบับอื่น / Other Insurance	<input type="checkbox"/> มี / Yes <input type="checkbox"/> ไม่มี / No	โปรดระบุ / Please give details

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	

รายละเอียดอาการบาดเจ็บของคู่กรณี / Details of Third Party Bodily Injury

ลักษณะและอาการบาดเจ็บ / Nature and extent of injuries

ข้าพเจ้า/เรา ขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ถูกต้องเป็นจริงตามที่ข้าพเจ้า/เราได้ทราบมาและเชื่อเป็นดังนั้นทุกประการ
I/We hereby declare that to the best of my/our knowledge and belief, the above statement are fully and truly made

ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย / Insured Signature

วันที่ / Date

เอกสารเบื้องต้นสำหรับการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน / Claim Documents

- แบบเรียกร้องค่าสินไหมนี้ / This Claim Form
- ใบรับรองแพทย์, ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล (ฉบับจริง) / Original medical Report and Original medical Receipts (if bodily injury claimed)
- ใบเสนอราคาซ่อมทรัพย์สินที่เสียหาย/ Repair Quotation
- สำเนาบัตรประชาชน, สำเนาคณะเบียนบริษัท ทั้งของผู้เอาประกันและผู้เสียหาย / Copy of ID Card, Copy of Company Affidavit both insured & claimant
- รูปภาพความเสียหาย / Photo of Damage
- ใบแสดงสิทธิในทรัพย์สินที่เสียหาย สูญหาย / Proof of Belonging of lost / damaged properties
- บันทึกประจำวันตำรวจ (กรณีเป็นคดีอาญา) / Police Report (if it is criminal case)
- และเอกสารอื่นที่บริษัทฯอาจร้องขอในภายหลัง / And other documents as required by us later.

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

หนังสือยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษา

CONSENT LETTER OF MEDICAL HISTORY DISCLOSURE

ข้าพเจ้า/เรา ผู้ลงลายมือด้านล่างนี้ขอยินยอมให้โรงพยาบาล สถานพยาบาล คลินิก แพทย์ หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งกระทำการตรวจ รักษา บำบัด หรือ
จ่ายยารักษาแก่ข้าพเจ้า/เรา มีอำนาจให้ข้อมูลรวมถึงเอกสารใดๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษา การให้ยา หรือ
การรักษา และทำสำเนาประวัติทางการแพทย์ทั้งหมดของข้าพเจ้า แก่ บริษัท นิวแฮมป์เชอร์ อินชัวร์นซ์ และ/หรือ บริษัท เอไอจี ประกันภัย
(ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) และ / หรือ บุคคลที่ได้รับมอบหมาย สำเนาเอกสารนี้ ให้ถือว่ามามีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

I/We hereby authorize any hospital, clinic, physician, or other person who has attended or examined or prescript me/us to fully
furnish information and documents with respect to my / our illness or injury, medical history, consultation, prescriptions or treatment,
and copies of all hospital or medical records to New Hampshire Insurance Company and / or AIG Insurance (Thailand) Public
Company Limited and / or its representative. I agree that a photocopy of this authorization shall be considered as effective and
valid as the original.

ลงชื่อ / Signature _____
() วันที่ / Date _____

หมายเหตุ: โปรดแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาหนังสือเดินทางพร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง

Remark: Please attach copy of ID card or passport with certified true copy.