



บริษัท ชมโปะ ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
Sompo Insurance (Thailand) Public Company Limited

990 อับดุลราฮิมเพลซ ชั้น 12, 14 ถนนพระราม 4
 แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500
 โทรศัพท์ 0-2119-3000 โทรสาร 0-2636-2340-41
 ทะเบียนเลขที่/เลขประจำตัวผู้เสียภาษี (Registration No./Tax ID. No.) 0107555000287

990 Abdulrahim Place 12th, 14th FL., Rama 4 Road,
 Silom, Bangrak, Bangkok, 10500 Thailand
 Tel : 0-2119-3000 Fax : 0-2636-2340-41

Claim No. :

แบบฟอร์มแจ้งอุบัติเหตุรถยนต์/CLAIM FORM

ผู้เอาประกันภัย INSURED.....	กรมธรรม์ POLICY NO.....
ผู้ขับขี่ ชื่อ..... DRIVER NAME	อายุ.....ปี เพศ..... อาชีพ..... AGE SEX OCCUPATION
เลขบัตรประชาชน..... ID CARD NO.	วัน/เดือน/ปีเกิด..... โทร..... BIRTH DATE TEL.
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน..... HOME ADDRESS	
ใบขับขี่เลขที่..... DRIVING LICENSE	ประเภท..... ออกให้ที่..... TYPE ISSUED BY
วันอนุญาต..... วันหมดอายุ..... ISSUED DATE EXPIRED DATE	เกี่ยวข้องกับผู้เอาประกันภัยโดยเป็น..... RELATIONSHIP WITH THE INSURED
รถประกัน ยี่ห้อ..... INSURED VEHICLE.....	รุ่น..... เลขทะเบียน..... MODEL LICENSE PLATE.....
เลขตัวถัง..... CHASSIS NO.....	
เกิดเหตุวันที่..... DATE OF LOSS	เวลา..... สถานที่..... TIME PLACE
เขต/อำเภอ..... DISTRICT	จังหวัด..... PROVINCE
รายละเอียดการเกิดเหตุ..... DETAILS OF LOSS	
แผนที่การเกิดเหตุโดยสังเขป : THE SKETCH OF ACCIDENT :	
ข้าพเจ้าเห็นว่าอุบัติเหตุครั้งนี้ข้าพเจ้าเป็นฝ่าย..... (โปรดระบุตามความเห็นว่าเป็น ผิด, ถูก, หรือ ไม่แน่ใจ) IN MY OPINION, THE CAUSE OF ACCIDENT IS (SELECT, MY FAULT OR NOT MY FAULT OR NOT SURE)	
ข้าพเจ้าคาดว่าจะนำรถเข้าซ่อม เดือน..... ปี..... ที่..... PLAN TO REPAIR CAR IN MONTH YEAR AT	
ลงชื่อ..... ผู้ขับขี่..... วันที่/DATE..... DRIVER	ลงชื่อ..... ผู้เอาประกัน..... วันที่/DATE..... INSURED
ความเสียหายรถประกันที่เกิดจากอุบัติเหตุข้างต้น/DAMAGE ITEMS	

รายงานเบื้องต้นของพนักงานตรวจสอบ

เขียนวันที่ :

รถคู่มือยี่ห้อ.....	รุ่น.....	เลขทะเบียน.....
T/P VEHICLE	MODEL	LICENSE PLATE
ประเภทรถ.....	รุ่นปี.....	สีรถ.....
CHASSIS TYPE	YEAR	COLOR
มีประกันภัยประเภท.....	กับบริษัท.....	
INSURANCE COVERGE	ISURER	
กรมธรรม์เลขที่.....	เคลมเลขที่.....	
POLICY NO.	ITS CLAIM NO.	
เจ้าของรถคู่มือ.....	อายุ.....	ปี เพศ.....
VEHICLE OWNER	AGE	SEX
บัตรประชาชนเลขที่.....	ออกโดย.....	วันที่ออก.....
ID CARD NO.	ISSUED BY	ISSUED DATE
อาชีพ.....	เงินเดือน.....	โทร.....
OCCUPATION	SALARY	TEL.
ที่อยู่ตามคู่มือทะเบียนรถ.....		
ADDRESS		
ผู้ขับขี่รถคู่มือชื่อ.....	อายุ.....	ปี เพศ.....
T/P DRIVER	AGE	SEX
บัตรประชาชนเลขที่.....	อาชีพ.....	
ID CARD NO.	OCCUPATION	
ใบขับขี่เลขที่.....	ชนิด.....	ออกให้จังหวัด.....
DRIVING LICENSE	TYPE	ISSUED AT
ที่อยู่.....		โทร.....
HOME ADDRESS		TEL.
ทำงานที่.....		โทร.....
BUSINESS ADDRESS		TEL.
เกี่ยวข้องกับเจ้าของรถ โดยเป็น.....		
RELATIONSHIP WITH THE CEHICLE OWNER		
ความเสียหายรถคู่มือ หรือ ทรัพย์สินชนิดอื่นของคู่มือ		
ผู้บาดเจ็บ/เสียชีวิต ชื่อ :		
อายุ :		
เพศ :	อาชีพ :	รายได้ :
ระดับการบาดเจ็บ <input type="checkbox"/> เล็กน้อย <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> สาหัส <input type="checkbox"/> เสียชีวิต		
ลักษณะอาการบาดเจ็บ		
โรงพยาบาลที่รักษา :	แพทย์ให้หยุดงาน :	วัน
คนเจ็บ/ตาย เป็น <input type="checkbox"/> ผู้ขับขี่รถประกัน <input type="checkbox"/> คนเดินเท้า <input type="checkbox"/> ผู้ขับขี่รถคู่มือ <input type="checkbox"/> ผู้โดยสารรถคู่มือ <input type="checkbox"/> อื่นๆ		
ขณะเกิดเหตุคนเจ็บ/ตาย อยู่ใน <input type="checkbox"/> รถประกัน <input type="checkbox"/> รถคู่มือ <input type="checkbox"/> คนเดินเท้า <input type="checkbox"/> อื่นๆ		
สรุป เหตุประมาท : พงส. ชื่อ :		
ความเห็นพนักงานสอบสวน	รถประกัน <input type="checkbox"/> ผิด <input type="checkbox"/> ถูก <input type="checkbox"/> ประมาททั้งสองฝ่าย <input type="checkbox"/> อื่นๆ	
ความเห็นพนักงานตรวจสอบ	รถประกัน <input type="checkbox"/> ผิด <input type="checkbox"/> ถูก <input type="checkbox"/> ประมาททั้งสองฝ่าย <input type="checkbox"/> อื่นๆ	
ปรับ ปจว.ข้อที่.....	วันที่.....	ไม่ปรับ
ประมาณการค่าเสียหาย ทั้งหมด : บาท โดยแยกเป็น 3 ส่วน ดังนี้		
รถประกัน	บาดเจ็บ/ตาย (ส่วนเกิน พรบ.)	รถคู่มือ
ค่าแรงอยู่ =	ค่ารักษาตามบิล =	ค่าแรงอยู่ =
ค่าอะไหล่ =	ค่าสินไหม =	ค่าอะไหล่ =
ค่ารถยก =	อื่นๆ =	ค่ากรณีอื่น =
รวม =	รวม =	รวม =
RECOVERY : หลักฐานการเรียกร้อง <input type="checkbox"/> รับหลักฐานประกันคู่มือ <input type="checkbox"/> ปจว. <input type="checkbox"/> อื่นๆ		
<input type="checkbox"/> RE ประกันภัย บจ. :		
กร. ประเภท :		
ประเภทรถ :		
<input type="checkbox"/> KNOCK		
<input type="checkbox"/> RE บุคคล ชื่อ.....		
<input type="checkbox"/> รายละเอียดตามที่ระบุในช่องคู่มือข้างบน		
<input type="checkbox"/> รายละเอียดตามรายงานแนบ <input type="checkbox"/> RE ในที่เกิดเหตุได้เป็นเงิน.....		
<input type="checkbox"/> แนบเช็ค+หลักฐานมาด้วย		
<input type="checkbox"/> ไม่ได้แนบเช็คเพราะ		
บริษัทเซอร์เวย์ :	พจน.ตรวจสอบ :	เลขเคลม สนง.