



บริษัท ซอมโป ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)  
 1152 อาคารปิ่น ชั้น 23, 24  
 ถนนพหลโยธินที่ 4 แขวงคลองเตย เขตคลองเตย  
 กรุงเทพฯ 10110 ประเทศไทย  
 โทรศัพท์ : +66 (0) 2119-3000  
 โทรสาร : +66 (0) 2636-2340-41  
 อีเมล : cs@sompo.co.th  
 ทะเบียนเลขที่/เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107555000287

Sompo Insurance (Thailand) Public Company Limited  
 1152 Punn Tower 23/F, 24/F,  
 Rama 4 Road, Khlong Toei, Khlong Toei,  
 Bangkok 10110 Thailand  
 Tel : +66 (0) 2119-3000  
 Fax : +66 (0) 2636-2340-41  
 Email : cs@sompo.co.th  
 Registration No./Tax ID No. 0107555000287

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..... ISSUED DATE	วันหมดอายุ..... EXPIRED DATE
เกี่ยวข้องกับผู้เอาประกันภัยโดยเป็น..... RELATIONSHIP WITH THE INSURED	
รถประกัน ยี่ห้อ..... INSURED VEHICLE.....	รุ่น..... เลขทะเบียน..... MODEL LICENSE PLATE.....
เลขตัวถัง..... CHASSIS NO.....	
เกิดเหตุวันที่..... DATE OF LOSS	เวลา..... TIME
สถานที่..... PLACE	
เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... DISTRICT 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..... PLAN TO REPAIR CAR IN MONTH	ปี..... ที่..... YEAR AT
ลงชื่อ..... วันที่/DATE.....	ผู้ขับขี่..... DRIVER
ลงชื่อ..... วันที่/DATE.....	ผู้เอาประกัน..... INSURED
<b>ความเสียหายรถประกันที่เกิดจากอุบัติเหตุข้างต้น/DAMAGE ITEMS</b>	

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  เล็กน้อย  ปานกลาง  สาหัส  เสียชีวิต

ลักษณะอาการบาดเจ็บ

โรงพยาบาลที่รักษา : ..... แพทย์ให้หยุดงาน : ..... วัน

คนเจ็บ/ตาย เป็น  ผู้ขับขี่รถประกัน  คนเดินเท้า  ผู้ขับขี่รถคู่มือ  ผู้โดยสารรถคู่มือ  อื่นๆ

ขณะเกิดเหตุคนเจ็บ/ตาย อยู่ใน  รถประกัน  รถคู่มือ  คนเดินเท้า  อื่นๆ

สรุป เหตุประมาท : พงส. ชื่อ : ..... สน. ....

ความเห็นพนักงานสอบสวน รถประกัน  ผิด  ถูก  ประมาททั้งสองฝ่าย  อื่นๆ

ความเห็นพนักงานตรวจสอบ รถประกัน  ผิด  ถูก  ประมาททั้งสองฝ่าย  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  รับหลักฐานประกันคู่มือ  ปจว.  อื่นๆ

RE ประกันภัย บจ. : ..... กร. ประเภท : ..... ประเภทรถ : .....  KNOCK

RE บุคคล ชื่อ.....  รายละเอียดตามที่ระบุในช่องคู่มือข้างบน

รายละเอียดตามรายงานแนบ  RE ในที่เกิดเหตุได้เป็นเงิน..... น.  แนบเช็ค+หลักฐานมาด้วย

ไม่ได้แนบเช็คเพราะ .....

บริษัทเซอร์เวย์ : ..... พงง.ตรวจสอบ : ..... เลขเคลม สนนง. ....