



บริษัท ซอมโป ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
1152 อาคารปับ ชั้น 23, 24
ถนนพหลโยธิน 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

THIRD PARTY LIABILITY CLAIM FORM
แบบแจ้งการเรียกร้องค่าสินไหมกรรมธรรมความรับผิดชอบบุคคลที่สาม

Please complete this form as fully and accurately as possible then return to the company

โปรดกรอกแบบฟอร์มนี้ให้สมบูรณ์และส่งกลับคืนบริษัทฯ ไม่ว่าจะท่านจะถูกเรียกร้องให้ชดเชยค่าเสียหายหรือไม่

Insured Name _____ Policy No. _____
ชื่อผู้เอาประกันภัย _____ กรมธรรม์เลขที่ _____
Address _____ Tel. _____
ที่ติดต่อ _____ โทร _____
Date of loss _____ Time. _____
วันที่เกิดเหตุ _____ เวลา _____

Place of Accident _____
สถานที่เกิดเหตุ _____

When and by whom was accident reported to you?
ท่านได้รับแจ้งอุบัติเหตุเมื่อใด, จากใคร _____

Are you the owner, lesser, tenant or contractor?
ท่านเป็นเจ้าของ, ผู้เช่า, ผู้เช่าอาศัย หรือเป็นผู้รับเหมา _____

Give cause and manner of occurrence?
โปรดระบุสาเหตุและลักษณะการเกิดเหตุ _____

Was accident due to a part of Injured Person / Claimant's negligence? If so, how?
ผู้บาดเจ็บหรือผู้เสียหายมีส่วนบกพร่องในอุบัติเหตุด้วยหรือไม่ _____ ถ้าใช่มีส่วนอย่างไร _____

Whose negligence caused the accident?
ใครเป็นผู้ประมาทและก่อให้เกิดอุบัติเหตุ _____

What right did the injured person / Claimant have on the premises?
ผู้บาดเจ็บ / ผู้เสียหายมีสิทธิอย่างไรในสถานที่ที่เกิดเหตุ _____

Please give the name(S) / Address of witness: โปรดระบุชื่อ-ที่อยู่ของพยานที่รู้เห็นเหตุการณ์
Name / ชื่อ _____ Address / ที่อยู่ _____

Please give the name of Policeman in charge, station and date / number of police daily report.
Name / ชื่อ _____ Station / สถานี _____

สถานที่เกิดเหตุ _____
Date of report /
ปจว. _____

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่กล่าวมานี้ถูกต้องเป็นจริงตามที่ข้าพเจ้าทราบ และเชื่อว่าเป็นอย่างนั้นทุกประการ

Date / วันที่ _____ Signature / ลงชื่อ _____

(_____)
(Please endorse with company stamp)



บริษัท ซอมโป ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
1152 อาคารปิ่น ชั้น 23, 24
ถนนพหลโยธิน 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

DETAILS OF CLAIM / รายการความเสียหาย

A. Third party Property Damage / บุคคลภายนอกที่ทรัพย์สินได้รับความเสียหาย

Name of owner

ชื่อเจ้าของทรัพย์สิน _____

Address

ที่อยู่ _____

Kind of property

ประเภทของทรัพย์สิน _____

Nature & Extent of damage

ลักษณะและความหนักเบาของความเสียหาย _____

Estimated Cost of repair / replacement

ค่าซ่อม / ค่าเปลี่ยนของประมาณ _____ บาท

Bht. Has claim been made?

ผู้เสียหายเรียกร้องแล้วหรือยัง _____

Does claimant hold insurance?

ผู้เสียหายมีประกันหรือไม่ _____

If so, insured with

ถ้ามี, ประกันที่บริษัท _____

B. Third party Bodily Injury / บุคคลภายนอกที่ได้รับบาดเจ็บ หรือเสียชีวิต

Name / ชื่อ 1. _____

Address / ที่อยู่ _____

2. _____

3. _____

Nature and extent of Injuries

ลักษณะและความหนักเบาของการบาดเจ็บ _____

Where was the injured person (s) taken to?

ผู้บาดเจ็บถูกนำปสถานพยาบาลไหน _____

Name of Doctor

ชื่อหมอ _____