



บริษัท ซมโปะ 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

GENERAL CLAIM FORM

แบบเรียกร้องค่าสินไหมทั่วไป

< A >

I/We hereby claim for a loss occurred as follows:

ข้าพเจ้าขอเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนดังรายละเอียดต่อไปนี้

Insured Name

ผู้เอาประกันภัย

Policy No.

กรมธรรม์เลขที่

Address

สถานที่ติดต่อ

Tel

โทร

Loss Date

วันที่เกิดเหตุ

Time

เวลา

Place of Loss

สถานที่เกิดเหตุ

Cause & Details of Loss

สาเหตุการเกิดความเสียหายโดยย่อ

For Burglary Loss Only : Were there visible marks of forcible entry to the premises?

กรณีเป็นเคลมโจรกรรม : ปรากฏร่องรอยงัดแงะอย่างรุนแรงต่อทางเข้าออกอาคารหรือไม่

If yes, which part, describe these marks in details :

ถ้ามี อยู่ส่วนไหน โปรดอธิบาย

Which police station was reported?

ได้แจ้งความตำรวจไว้ที่ สน.ไหน?

Date

เมื่อวันที่

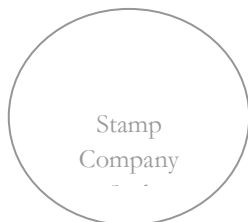
Any police action taken?

ตำรวจได้ดำเนินการอย่างไร?

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

Date

วันที่



Signature

ลงชื่อ

()

Remarks/Encls :

หมายเหตุ/เอกสารแนบ :
