



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

THIRD PARTY LIABILITY CLAIM FORM

แบบแจ้งการเรียกร้องค่าสินไหมกรรมธรรมความรับผิดชอบบุคคลที่สาม

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

โปรดกรอกแบบฟอร์มนี้ให้สมบูรณ์และส่งกลับคืนบริษัทฯ ไม่ว่าจะท่านจะถูกเรียกร้องให้ชดใช้ค่าเสียหายหรือไม่

Insured Name

ชื่อผู้เอาประกันภัย

Policy No.

กรมธรรม์เลขที่

Address

ที่ติดต่อ

Tel.

โทร

Date of loss

วันที่เกิดเหตุ

Time.

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 ถ้ามีส่วนอย่างไร

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 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

DETAILS OF CLAIM / รายการความเสียหาย

B. 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 _____

A. 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 _____