

## CLAIM FORM

Claim No: \_\_\_\_\_

เคลม  นอก  ใน

ผู้เอาประกันภัยชื่อ

โทร

อยู่เลขที่

INSURED

TEL

ADDRESS#

ถนน

ตำบล

อำเภอ

จังหวัด

ROAD

TAMB

AMPHUR

PROVINC

อาชีพ

บัตร ปชช.เลขที่

วันออกบัตร

วันหมดอายุ

PROFESSIO

ID.CARD#

ISSUED DATE

EXPIRY DATE

กรมธรรม์ประเภท

เลขที่

พ.ร.บ. เลขที่

TYPE OF POLICY

POL.NO.

COMPULSORY POL.NO.

รถประกันภัยชื่อ

ทะเบียน

สี

เลขตัวถัง

VEHICLE MAKE

LICENSE PLATE#

COLOR

CHASSIS NO.

ผู้ขับขี่รถประกันภัย(นาย/นาง/น.ส.)

ว.ด.ป.เกิด

อายุ

ปี

DRIVER NAME

BIRTH DATE

AGE

ใบขับขี่ชนิด

เลขที่

วัน

วันหมดอายุ

TYPE OF DRIVING

NO.

ISSUED

EXPIRY DATE

ที่อยู่ปัจจุบัน

โทร.

ADDRESS

TEL.

ผู้ขับขี่มีความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย

(

ผู้เอาประกันภัย

(

ลูกจ้าง

(

อื่นๆ

RELATIONSHIP OF TO INSURED

INSURED

EMPLOYEE

OTHER

ขณะเกิดเหตุได้ใช้รถเพื่อ

(

รับจ้าง

(

ให้เช่า

(

อื่นๆ

IN THE ACCIDENT, THE VEHICLE USED FOR

SERVICE FOR AWARD

BE RENTED

OTHER

## ส่วนนี้ห้ามพนักงานกรอกแทน

DO NOT ALLOW STAFF WRITE FOR INSURED

วันเกิดเหตุ

เวลา

น.

ที่เกิดเหตุ

LOSS DATE

TIME

LOSS PLACE

ตำบล

อำเภอ

จังหวัด

TAMBON

AMPHUR

PROVINCE

รายละเอียดการเกิดเหตุ / HOW DID THE ACCIDENT OCCUR?

## แผนที่เกิดเหตุ

ACCIDENT SKETCH

การเกิดเหตุย่อ :

พงส.ชื่อ

ปจว.ลว

ข้อที่

สน.

จ.

POLICE

POLICE REPORT DATE

SECTION

STATION

PROVINCE

ความเห็น พงส.

0.รถประกันประมาท

0.รถคู่กรณีประมาท

0.ประมาทสองฝ่าย

0.อยู่ระหว่างสอบสวน

POLICE OPINION

INSURED TO BE BLAMED

T/P TO BE BLAMED

BOTH TO BE BLAMED

UNDER INVESTIGATION

ความเห็น ผู้ขับขี่รถประกัน

0.รถประกันประมาท

0.รถคู่กรณีประมาท

0.ประมาทสองฝ่าย

0.ไม่มีความเห็น

DRIVER'S OPINION

INSURED TO BE BLAMED

T/P TO BE BLAMED

BOTH TO BE BLAMED

NO COMMENT

ข้าฯ รับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริง และ ข้าฯยินยอมให้แพทย์และสถานพยาบาลที่ตรวจรักษาให้ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจและผลการตรวจรักษาหรือข้อมูลอื่น ๆ ตามร้องขอ แก่ บริษัท ชับบ์สามัคคีประกันภัย จำกัด ทุกประการ

I CERTIFY THE ABOVE STATEMENTS ARE TRUE. I FULLY ALLOW THE DOCTORS WHO'VE TREATED ME AND OR THE HOSPITALS, CLINICS INVOLVED TO RELEASE THEIR OPINIONS, ALL RELEVANT DOCUMENTS TO MY INSURER UPON REQUEST

ลงชื่อ

ผู้ขับขี่/ผู้เอาประกันภัย

SIGNATURE

DRIVER/INSURED

(

)

วันที่

/ /

โทรมือถือ :

DATE

MOBILE PHONE NO. :

## ติดแถบกาาเลขตัวถัง

### รายละเอียดคู่กรณีประกอบรายงานเบื้องต้น

#### DETAILS OF THIRD PARTIES

Claim No. :

รถคู่กรณี/เจ้าของทรัพย์สิน ที่	<input type="checkbox"/>	ยี่ห้อ	ทะเบียน	ชนิดรถ	
T/P NO.		MAKE	PLATE NO.	VEHICLE TYPE	
มีประกันที่		ประเภท	เลขกรมธรรม์	เลขเคลม	
INSURED WITH		TYPE OF POL.	POL.NO.	ITS CLAIM#	
KFK ( ) Yes ( ) No	<input type="checkbox"/>	ไม่มีประกัน	ชื่อคู่กรณี นาย/นาง/น.ส. :	อายุ	ปี
		NOT INSURED	T/P NAME	AGE	
อาชีพ		เลขบัตร ปชช.	ที่อยู่		
PROFESSION		I.D.O CARD#	ADDRESS		
สถานที่ติดต่อสะดวก				โทร	
EASY CONTACT AT				TEL.	
เลขที่ใบขับขี่		ประเภท	ออกที่	วันที่ออก	วันที่หมดอายุ
LICENSE DRIVING#		TYPE	PLACE ISSUED	DATE ISSUED	DATE EXPIRED
ค่าเสียหาย	1.ค่าแรง		2.ค่าอะไหล่		
LOSS ESTED	LABOR		SPARE PARTS		
3.ค่ารถยก		บ. 4.อื่นๆ		รวมค่าเสียหาย	
TOWING		OTHER		TOTAL LOSS ESTED	บาท
					BAHT

รายการความเสียหาย / DAMAGED ITEMS

รถคู่กรณี/เจ้าของทรัพย์สิน ที่	<input type="checkbox"/>	ยี่ห้อ	ทะเบียน	ชนิดรถ	
T/P NO.		MAKE	PLATE NO.	VEHICLE TYPE	
มีประกันที่		ประเภท	เลขกรมธรรม์	เลขเคลม	
INSURED WITH		TYPE OF POL.	POL.NO.	ITS CLAIM#	
KFK ( ) Yes ( ) No	<input type="checkbox"/>	ไม่มีประกัน	ชื่อคู่กรณี นาย/นาง/น.ส. :	อายุ	ปี
		NOT INSURED	T/P NAME	AGE	
อาชีพ		เลขบัตร ปชช.	ที่อยู่		
PROFESSION		I.D.O CARD#	ADDRESS		
สถานที่ติดต่อสะดวก				โทร	
EASY CONTACT AT				TEL.	
เลขที่ใบขับขี่		ประเภท	ออกที่	วันที่ออก	วันที่หมดอายุ
LICENSE DRIVING#		TYPE	PLACE ISSUED	DATE ISSUED	DATE EXPIRED
ค่าเสียหาย	1.ค่าแรง		2.ค่าอะไหล่		
LOSS ESTED	LABOR		SPARE PARTS		
3.ค่ารถยก		บ. 4.อื่นๆ		รวมค่าเสียหาย	
TOWING		OTHER		TOTAL LOSS ESTED	บาท
					BAHT

รายการความเสียหาย / DAMAGED ITEMS

ชื่อผู้	( )	บาดเจ็บ	( )	เสียชีวิตที่	( )	เพศ	อายุ	ปี	
NAME OF		INJURED		LOSS OF LIFE		SEX	AGE		
ขณะเกิดเหตุเป็น	( )	คนขับคู่กรณี	( )	ผู้โดยสารรถคู่กรณี	( )	คนขับรถประกัน	( )	ผู้โดยสารรถประกัน	( )
AS		TP DRIVER		TP'S PASSENGER		INSURED DRIVER		INSURED'S PASSENGER	
เลขที่บัตรประชาชน				อาชีพ		รายได้		บาท/เดือน	
ID. CARD#				PROFESSION		EARNING		BAHT/MONTH	
ที่อยู่						โทร. :			
ADDRESS						TEL.			
อาการบาดเจ็บ									
NATURE OF INJURY									
รักษาที่โรงพยาบาล				อำเภอ		จังหวัด			
TREATED AT HOSPITAL				AMPHUR		PROVINCE			
โทรศัพท์				ระยะเวลาที่รักษา	( )	OPD	( )	IPD	
TEL.				PERIOD OF TREATMENT					
ค่ารักษาพยาบาล =				บาท		ค่าสินไหมบาดเจ็บ =		บาท	
MEDICAL EXPS.						COMPENSATION ESTED (INJURED)			
ค่าสินไหมเสียชีวิต =				บาท		รวมตั้งสำรองสินไหมบาดเจ็บ/เสียหาย =		บาท	
COMPENSATION ESTED (LOSS OF LIFE)						TOTAL B.I. LOSS ESTED			

ชื่อผู้	( )	บาดเจ็บ	( )	เสียชีวิตที่	( )	เพศ	อายุ	ปี	
NAME OF		INJURED		LOSS OF LIFE		SEX	AGE		
ขณะเกิดเหตุเป็น	( )	คนขับคู่กรณี	( )	ผู้โดยสารรถคู่กรณี	( )	คนขับรถประกัน	( )	ผู้โดยสารรถประกัน	( )
AS		TP DRIVER		TP'S PASSENGER		INSURED DRIVER		INSURED'S PASSENGER	
เลขที่บัตรประชาชน				อาชีพ		รายได้		บาท/เดือน	
ID. CARD#				PROFESSION		EARNING		BAHT/MONTH	
ที่อยู่						โทร. :			
ADDRESS						TEL.			
อาการบาดเจ็บ									

NATURE OF INJURY

รักษาที่โรงพยาบาล  
TREATED AT HOSPITAL

โทรศัพท์

TEL.

ค่ารักษาพยาบาล =

อำเภอ

AMPHUR

ระยะเวลาที่รักษา

PERIOD OF TREATMENT

บาท

จังหวัด

PROVINCE

( )

OPD

( )

IPD

ค่าสินไหมบาดเจ็บ =

บาท