



Chubb Samaggi Insurance PCL.
2/4 Chubb Tower, 12 Fl.,
Northpark Project
Vibhavadi-Rangsit Rd.
Thung Song Hong, Laksi
Bangkok 10210

บริษัท ชับบ์สามัคคีประกันภัย จำกัด (มหาชน)
2/4 อาคารชัยบุรี ชั้นที่ 12
โครงการนอร์ทปาร์ค
ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงทุ่งสองห้อง
เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210

โทรศัพท์ +66 0 2555 9100
โทรสาร +66 0 2955 0205
www.chubb.com/th

แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน ประกันภัยความรับผิดตามกฎหมายต่อบุคคลภายนอก Legal Liability Claim Form

กรมธรรม์เลขที่ :

เพื่อให้การดำเนินการรวดเร็ว ขอให้ท่าน (1) กรอกข้อมูลในแบบฟอร์มให้ครบถ้วน (2) จัดเตรียมเอกสารดังระบุในด้านท้าย (3) นำส่งเอกสารให้บริษัทฯ โดยเร็ว

รายละเอียดผู้แจ้ง			
() ผู้เอาประกันภัย () ตัวแทนประกันวินาศภัย / นายหน้าประกันวินาศภัย () อื่น ๆ.....			
ชื่อบริษัท			
ชื่อ-นามสกุล			
เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้		อีเมล	
Policy Holder / Insured Details			
ชื่อผู้เอาประกันภัย			
ที่อยู่ผู้เอาประกันภัย			
เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้		อีเมล	
รายละเอียดการเกิดเหตุ			
วันเวลาที่เกิดเหตุ			
สาเหตุที่เกิดเหตุ			
ที่ตั้งสถานที่เกิดเหตุ			
บรรยายลักษณะการเกิดเหตุ			
รายละเอียดผู้เสียหาย			
ชื่อผู้เสียหาย			
เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้		อีเมล	
ลักษณะความเสียหาย			
การแจ้งความ	() ไม่ได้ดำเนินการ () ดำเนินการแล้ว.....	การฟ้องร้องดำเนินคดี	() ไม่ได้ดำเนินการ () ดำเนินการแล้ว.....

เอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

☐

แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

☐

รายงานการเกิดเหตุ พร้อมภาพถ่ายที่เกี่ยวข้อง

☐

เอกสารเรียกร้องจากผู้เสียหาย (หากมี)

☐

รายการทรัพย์สินที่ได้รับความเสียหาย

☐

เอกสารแสดงมูลค่าทรัพย์สินที่ได้รับความเสียหาย

☐

เอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ช่องทางการรับเงินค่าสินไหมทดแทน

☐

เช็คเงินสด
ที่อยู่ในการจัดส่งเช็ค.....

☐

โอนผ่านบัญชีธนาคาร ชื่อเจ้าของบัญชี.....
ธนาคาร..... สาขา

กฏณารับเลขบัญชี 10 หลัก

(กรุณาแนบสำเนาหน้าแรกของสมุดบัญชี และจัดส่งมายังบริษัท)

กรุณาส่งเอกสารข้างต้น พร้อมกรอกรายละเอียดในแบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน มายังบริษัทฯ ทางไปรษณีย์ หรือทางอีเมล TH.Casualtyclaims@Chubb.com

ท่านได้เอาประกันภัยในความเสียหายในครั้งนี้อยู่กับบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่

()

ไม่ใช่

หากใช้กฏณารับของบริษัทประกันภัย

()

ใช่.....

ท่านได้เรียกร้องค่าสินไหมทดแทนในเหตุเดียวกันนี้กับบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่

()

ไม่ใช่

หากใช้กฏณารับของบริษัทประกันภัย

()

ใช่.....

ลงชื่อ

ผู้เอาประกันภัย

ลงชื่อ

พยาน

Signature

Insured

Signature

Witness

วันที่

Date

วันที่

Date

ข้าพเจ้าจะใช้ความพยายามอย่างดีที่สุดและจะให้ความร่วมมือกับบริษัทในการประเมินการเรียกร้องของข้าพเจ้า และให้ความร่วมมือกับบริษัท ในการพิจารณาสินไหมทดแทน ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นจริงทุกประการ และสำเนาเอกสารทุกฉบับมีรายละเอียดเหมือนต้นฉบับและขอยืนยันว่าไม่มีการปกปิดข้อมูลใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริษัทฯ และข้าพเจ้าอาจทราบถึงการปฏิเสธการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนในกรณีที่ข้าพเจ้าแสดงเอกสารอันเป็นเท็จ หรือปกปิดข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้อง

[นโยบายความเป็นส่วนตัว] ข้าพเจ้ายินยอมความถูกต้องของข้อมูล และตกลงให้บริษัท ข้าบ้สามัคคีประกันภัย จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) และบริษัทในเครือ รวบรวม ใช้ และจัดเก็บ ข้อมูลของท่าน เพื่อใช้เป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการ และ/หรือ เพื่อวัตถุประสงค์ทางการตลาด และการดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยบริษัท ข้าบ้สามัคคีประกันภัย จำกัด (มหาชน) จะใช้ข้อมูลของท่านในการปรับปรุง และจัดเตรียมการบริการให้แก่ท่าน และจะไม่เปิดเผยข้อมูลนี้ให้กับบุคคลที่ไม่ได้รับอนุญาตเว้นแต่จะเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด หากท่านไม่ประสงค์ให้ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลข้างต้น โปรดติดต่อเจ้าหน้าที่ของบริษัท ข้าบ้สามัคคีประกันภัย จำกัด (มหาชน)

ข้าพเจ้าเข้าใจว่าการตรวจสอบ หรือการรับแบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้ ไม่อาจถือได้ว่าการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนั้นได้รับการพิจารณานุมัติแล้ว รวมทั้งไม่ถือเป็นการสละสิทธิของข้าบ้ตามกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทใช้หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าตามนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัท และเอกสารนี้ ในกรณีที่มีการขัดแย้งใดระหว่างเอกสาร เอกสารฉบับนี้จะถือเป็นสำคัญ การยินยอมนี้จะคงอยู่ เว้นแต่ข้าพเจ้าจะแจ้งเปลี่ยนแปลงหรือยกเลิกเป็นลายลักษณ์อักษรไปยังเจ้าหน้าที่ของบริษัท

ข้าพเจ้าอนุญาตให้บุคคลใดหรือองค์กรใด รวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียงคู่สัญญาที่อ้างถึงด้านบน ในการให้ข้อมูลส่วนตัวดังกล่าวแก่บริษัท โดยบริษัทถือสิทธิในการพิจารณาแต่เพียงผู้เดียวในการประเมินการเรียกร้องหรือสิทธิหรือผลประโยชน์ต่าง ๆ ของข้าพเจ้า