

บริษัท อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน)



Allianz Ayudhya General Insurance Public Company Limited

เลขที่ 898 อาคารเพลินจิตทาวเวอร์ ชั้น 1 โซน B ชั้น 7 โซน B ชั้น 8 โซน A และ B ชั้น 9 โซน A2 และ B2 ชั้น 18 โซน A ถนนเพลินจิต แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
898 Ploenchit Tower, 1st Floor Zone B, 7th Floor Zone B, 8th Floor Zone A and B, 9th Floor Zone A2 and B2, 18th Floor Zone A, Ploenchit Road, Lumpini, Pathumwan, Bangkok 10330
Tel 0-2657-2555 Fax.0-2657-2500

ทะเบียนเลขที่ 0107554000259

รายงานอุบัติเหตุรถยนต์

วันที่รับแจ้ง..... เวลา.....
พนักงานเซอร์เวย์.....
หมายเลขรับแจ้ง.....
เคลมเลขที่.....
สถานะ.....

รายการคุ้มครองตามกรมธรรม์

กรมธรรม์เลขที่..... วันเริ่มประกัน..... สิ้นสุดวันที่..... ประกันภัยประเภท.....
ชื่อผู้เอาประกัน..... โทร.....
ชื่อผู้รับผลประโยชน์..... ตัวแทน/ นายหน้า.....
ชื่อรถ..... หมายเลขทะเบียน..... แบบตัวถัง..... รหัส.....
สีรถ..... รุ่นปี..... เลขเครื่องยนต์..... เลขตัวถัง.....

ชื่อผู้ขับขี่..... เกิดวันที่..... เกี่ยวข้องกับผู้เอาประกันภัย.....
ที่อยู่..... โทร.....
ใบอนุญาตขับรถเลขที่..... ประเภท..... ออกให้ที่.....
เมื่อวันที่..... /..... /..... วันหมดอายุ..... ใบสั่งเลขที่.....

วันที่เกิดเหตุ..... /..... /..... เวลา..... น. สถานที่เกิดเหตุ..... ซอย.....
ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
สน./สก./สทล..... ประจําวันข้อที่..... เวลา..... น. วันที่..... /..... /.....
พนักงานสอบสวน..... โทร.....

บันทึกปากคำของผู้ขับรถประกัน.....
.....
.....
.....

รายการความเสียหาย 1)..... 5)..... 9).....
2)..... 6)..... 10).....
3)..... 7)..... 11).....
4)..... 8)..... 12).....

ลงชื่อ.....
(.....)
วันที่.....

รถประกันประเภท รถคู่กรณีประเภท ประมาทร่วม รผลทางคดี

รายละเอียดรถคู่กรณี (*ถ้ามีมากกว่า 1 ราย ให้เขียนรายละเอียดตามหัวข้อ และแนบท้ายมา)

ชื่อผู้ขับรถคู่กรณี รถยนต์ รถจักรยานยนต์ ยี่ห้อ

หมายเลขทะเบียน สีรถ รุ่นปี ประกันภัยที่

กรมธรรม์เลขที่ เคลมเลขที่ ใบอนุญาตขับรถเลขที่

ประเภท ออกให้ที่ หมดอายุ ที่อยู่

ชื่อเจ้าของ / นายจ้าง

ที่อยู่

รายการความเสียหาย 1) 5) 9)

2) 6) 10)

3) 7) 11)

4) 8) 12)

รายละเอียดบุคคลที่ได้รับบาดเจ็บ / เสียชีวิต

ผู้ขับขี่ / โดยสารคู่กรณี

เติมน้ำมัน

ผู้ขับขี่ / โดยสารรถประกัน

ชื่อ โทร.

ที่อยู่

อาการบาดเจ็บ

*เอกสารแนบ ฉบับ คือ

แผนที่เกิดเหตุ

(MV02)

ลงชื่อผู้เขียนแผนที่

บันทึกผู้ตรวจสอบ

ลงชื่อเจ้าหน้าที่