

แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

NON-MOTOR CLAIM FORM

กรุณากรอกข้อความเกี่ยวกับการเกิดเหตุความเสียหายตามรายการข้างล่างนี้

Please give details of loss in the blanks below :-

ชื่อผู้เอาประกันภัย (Insured Name) _____ กรมธรรม์เลขที่ (Policy No.) _____

ที่อยู่ (Address) _____ โทรศัพท์ (Tel.) _____

วันที่เกิดเหตุ (Date of loss) _____ เวลา (Time) _____

สถานที่เกิดเหตุ (Place of loss) _____

โปรดระบุสาเหตุการเกิดความเสียหาย (How was the loss caused?) _____

รายละเอียดทรัพย์สินที่เสียหาย (Description) _____

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

ชื่อที่อยู่ของผู้ทำให้เกิดความเสียหาย (Name & Address of person's blamed) _____

โทรศัพท์ (Telephone) _____

โทรสาร (FAX. No) _____ E-Mail Address _____

หมายเหตุ (Remark) _____

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่กรอกในแบบฟอร์มเป็นความจริงทุกประการ

I/We the undersigned, certify that all statement made in this claim form are true and correct.

ลายเซ็น (Signature) _____

ชื่อ-นามสกุล (Print Name) _____

วันที่ (Date) _____

หมายเหตุ ติดต่อกลับ แผนกสินไหมทั่วไป

- คุณนัยนา โทร. 02-6389321 Email: naiyana.T@azay.co.th

- คุณอุเทน โทร. 02-6572921 Email: utehn.R@azay.co.th

เอกสารประกอบเคลมเบื้องต้น

- 1. รูปถ่ายความเสียหายสถานที่เอาประกันภัย (รูปเลขที่ห้อง หรือ บ้านเลขที่)
- 2. รูปถ่ายทรัพย์สินหรือส่วนที่เสียหายทั้งหมด
- 3. สำเนาบัตรประชาชน, สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้เอาประกันภัย
- 4. สำเนาโฉนดที่ดินด้านหน้า-หลัง
- 5. หนังสือรับรองบริษัทฯ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้มีอำนาจลงนาม (กรณีเป็นนิติฯ หรือ จดทะเบียนบริษัท)
- 6. ใบเสนอราคา หรือใบเสร็จรับเงิน (กรณีซ่อมแล้ว)
- 7. หน้าสมุดบัญชีธนาคาร (กรณีให้บริษัทฯ โอนค่าสินไหม)
- 8. ซากทรัพย์สิน โปรดเก็บรักษาไว้ เพื่อส่งคืนบริษัทฯ