



บริษัท เจนเนอรัลลี่ ประกันภัย (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)
87/2 อาคารซีอาร์ซี ทาวเวอร์ ออลซีเอ็นเอส เฟส 2 ชั้น 16 ยูนิท 1601 และ 1607
ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10330
โทร. 02-685-3828 โทรสาร 02-685-3830
ทะเบียนเลขที่ 0107555000571

แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนทั่วไป

ข้อสำคัญ

- 1 ผู้เอาประกันภัย จะต้องกรอกรายละเอียดให้ครบถ้วนและถูกต้องที่สุด
- 2 แบบฟอร์มนี้ ไม่ถือว่าเป็นการยอมรับคดีจากบริษัทภายใต้กรมธรรม์ประกันภัย จนกว่าจะมีการตรวจสอบตามขั้นตอนต่าง ๆ ของฝ่ายสินไหมทดแทน
- 3 โปรดส่งเอกสารที่เป็นลายลักษณ์อักษรหรือหลักฐานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายทั้งหมดไปยังบริษัท โดยเร็วที่สุด

กรมธรรม์เลขที่ _____

นายหน้า/ตัวแทน _____

1 ชื่อผู้เอาประกันภัย _____	
ที่อยู่ _____	
ชื่อผู้ติดต่อ/ผู้พบเหตุ _____	โทรศัพท์ _____ โทรสาร _____
2 วันที่เกิดเหตุ _____	
สถานที่เกิดเหตุ _____	
3 ลักษณะการเกิดเหตุ _____	

4 รายละเอียดของความเสียหาย _____	

ในกรณีที่เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สิน/หรือความบาดเจ็บทางร่างกายต่อบุคคลภายนอก โปรดระบุข้อมูลต่อไปนี้	
5 (ก) นามและที่อยู่ของเจ้าของทรัพย์สิน/คู่กรณี ที่เสียหาย	_____
(ข) ลักษณะของความเสียหาย	_____
(ค) ราคาซ่อมแซม/ค่าเสียหาย (โดยประมาณ)	_____
(ง) โปรดระบุ ชื่อบริษัทประกันภัยที่คุ้มครองทรัพย์สินที่เสียหาย, ถ้ามี	_____
6 (ก) นามและที่อยู่ของผู้บาดเจ็บ	_____
(ข) ลักษณะอาการของผู้บาดเจ็บ	_____
(ค) ความสัมพันธ์ของท่านกับผู้บาดเจ็บ	_____
7 ท่านได้แจ้งความเสียหายที่เกิดขึ้นต่อเจ้าหน้าที่ตำรวจหรือไม่	_____
ถ้ามี โปรดระบุชื่อสถานีตำรวจ	_____
_____	_____

8 ท่านได้ประกันภัยความเสียหายที่เกิดขึ้น กับบริษัทประกันภัย อื่นหรือไม่ ถ้ามี โปรดระบุชื่อบริษัทนั้นๆ	
รายละเอียดทรัพย์สินที่เรียกร้องค่าสินไหมทดแทน โปรดระบุ รายละเอียดต่างๆ ของทรัพย์สินที่เสียหายและจำนวนเงินเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน โดยประมาณ	
รายละเอียดทรัพย์สินที่เสียหาย	จำนวนเงินเรียกร้อง ค่าสินไหมทดแทน (บาท)

หมายเหตุ หลังจากได้รับเอกสารเบื้องต้นจากผู้เอาประกันภัย บริษัท และ/หรือ บริษัทสำรวจภัย (ถ้ามี) อาจขอเอกสารเพิ่มเติมเพื่อประกอบ
 การพิจารณาจากผู้เอาประกันภัยอีกถ้าจำเป็น

ข้อรับรอง

ข้าพเจ้าเรา ขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้น ถูกต้องเป็นความจริงตามที่ข้าพเจ้าเราได้ทราบมาและเชื่อว่าเป็นคั้งนั้นทุกประการ

ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย _____

วันที่ _____