



บริษัท เจนเนอรัลลี่ ประกันภัย (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)

87/2 อาคารซีอาร์ซี ทาวเวอร์ ออลซีซั่นส์ เพลส ชั้น 16 ยูนิท 1601 และ 1607
ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10330
โทร. 02-685-3828 โทรสาร 02-685-3830
ทะเบียนเลขที่ 0107555000571

แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนการประกันภัยความรับผิดชอบต่อบุคคลภายนอก

ข้อสำคัญ

1. ผู้เอาประกันภัย จะต้องกรอกรายละเอียดให้ครบถ้วนและถูกต้องที่สุด
2. แบบฟอร์มนี้ ไม่ถือว่าเป็นการยอมรับคิดจากบริษัทภายใต้กรมธรรม์ประกันภัย จนกว่าจะมีการตรวจสอบตามขั้นตอนต่าง ๆ ของฝ่ายสินไหมทดแทน
3. โปรดส่งเอกสารที่เป็นลายลักษณ์อักษรหรือหลักฐานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงภัยทั้งหมดไปยังบริษัทโดยเร็วที่สุด

กรมธรรม์เลขที่
นายหน้า/ตัวแทน

1. นามผู้เอาประกันภัย ที่อยู่ ประเภทธุรกิจ/อาชีพ โทรศัพท์ โทรสาร นามผู้ติดต่อ	
2. วัน/เวลา/สถานที่ ที่เกิดความเสียหาย	
3. วัน/เวลา ที่แจ้งความเสียหายให้ท่านทราบ และนามผู้แจ้ง	
4. (ก) รายละเอียดการเกิดอุบัติเหตุ (ข) สาเหตุของความเสียหาย	
5. (ก) นามและที่อยู่ของผู้บาดเจ็บ (ข) ลักษณะของอาการบาดเจ็บ (ค) ความสัมพันธ์ของท่านกับผู้บาดเจ็บ	



บริษัท เจนเนอรัลลี่ ประกันภัย (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)

87/2 อาคารซีอาร์ซี ทาวเวอร์ ออลซีซั่นส์ พลัส ชั้น 16 ยูนิท 1601 และ 1607
ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10330
โทร. 02-685-3828 โทรสาร 02-685-3830
ทะเบียนเลขที่ 0107555000571

6. (ก) นามและที่อยู่ของเจ้าของทรัพย์สินที่เสียหาย (ข) ลักษณะของความเสียหาย (ค) ราคาซ่อมแซม/ค่าเสียหาย (โดยประมาณ) (ง) โปรดระบุ ชื่อบริษัทประกันที่คุ้มครองทรัพย์สินที่เสียหาย, ถ้ามี	
7. ท่านได้รับการติดต่อใด ๆ ทางวาจาหรือเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้บาดเจ็บหรือเจ้าของทรัพย์สินที่เสียหายหรือไม่ ถ้ามี โปรดระบุรายละเอียด	
8. ท่านตกลงยินยอมเสนอ หรือให้สัญญาว่าจะชดเชยค่าเสียหายให้แก่บุคคลใดหรือไม่ ถ้ามี โปรดระบุรายละเอียด	
9. (ก) อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นเป็นผลเนื่องมาจากความบกพร่องใด ๆ ในสถานที่เอาประกันภัยหรือไม่ ถ้ามี โปรดระบุรายละเอียด (ข) อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นมีสาเหตุมาจากความผิดพลาด หรือความประมาทเลินเล่อของฝ่ายลูกจ้างหรือไม่ หรือเกิดจากความผิดพลาด/ความประมาทเลินเล่อของฝ่ายผู้บาดเจ็บ โปรดระบุรายละเอียด	
10. นามและที่อยู่ของพยานผู้พบเห็นเหตุการณ์	
11. ท่านได้แจ้งอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นต่อเจ้าหน้าที่ตำรวจหรือไม่ ถ้ามี โปรดระบุชื่อสถานีตำรวจ	

ข้อรับรอง

ข้าพเจ้า/เรา ขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้น ถูกต้องเป็นความจริงตามที่ข้าพเจ้า/เราได้ทราบมาและเชื่อว่าเป็นคั้งนั้นทุกประการ

ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

วันที่