

CHINA INSURANCE (THAI) PUBLIC COMPANY LIMITED

แบบคำขอเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน CLAIM APPLICATION FORM

สินไหมทดแทนเลขที่		ผู้สำรวจความเสียหาย	
ชื่อและนามสกุล		กรมธรรม์เลขที่	
ที่อยู่ปัจจุบัน		เบอร์โทรศัพท์	
		บุคคลที่ติดต่อ	
1.	รายละเอียดการประสบอุบัติเหตุ	1.	
	1.1 วันและเวลาที่เกิดเหตุ	1.1	
	1.2 สถานที่เกิดเหตุ	1.2	
	1.3 สาเหตุที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ	1.3	
	1.4 อุบัติเหตุเกิดขึ้นอย่างไร (อธิบายโดยละเอียด)	1.4	
	1.5 หน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือ	1.5	
	1.6 รายการความสูญเสีย	1.6	
	1.7 จำนวนเงินที่เรียกร้อง	1.7	
2.	หากมีการทำประกันภัยไว้กับบริษัทประกันภัยรายอื่น ๆ โปรดระบุรายละเอียด	2.	
3.	ผู้เอาประกันภัย / ผู้รับประโยชน์	3.	

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อความข้างต้นไม่มีการบิดเบือนความจริง และให้รายละเอียดอย่างถูกต้อง

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับผลประโยชน์

ลงชื่อ.....พยาน

วันที่.....

ค่าสินไหมทดแทนส่งโดยตรงถึงผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับผลประโยชน์

ค่าสินไหมทดแทนส่งผ่านสาขาหรือตัวแทน

(ต้องมีใบมอบอำนาจจากผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับผลประโยชน์)

หมายเหตุ : กรุณาแนบเอกสารตัวจริง (พร้อมตราประทับโรงพยาบาล) ที่ประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน และ ถ้ากระดูกหักหรือร้าวโปรดส่งฟิล์มเอ็กซเรย์ให้บริษัทด้วย

CHINA INSURANCE (THAI) PUBLIC COMPANY LIMITED

แบบคำขอเรียกจ่ายค่าสินไหมทดแทน
CLAIM APPLICATION FORM

賠案號碼		保險公證人	
被保險人		保險單號碼	
通訊地址		聯絡電話	
		聯絡人員	
1.	事件經過描述	1.	
1.1	發生日期及時間	1.1	
1.2	發生地點	1.2	
1.3	發生原因	1.3	
1.4	事件處理過程	1.4	
1.5	警消單位	1.5	
1.6	求償項目	1.6	
1.7	求償金額	1.7	
2.	如有投保其他保險公司，請詳列明細（複保險）。	2.	
3.	被保險人/受益人	3.	

本人同意以上申報之內容無訛。

被保險人/受益人簽名

見證人簽名

簽署日期

請將保險金逕付被保險人/受益人。

請將保險金逕付被保險代理人/保險經紀人 _____
(須檢具被保險人/受益人切結之正本委託書)

備註：以上求償之相關文件需以正本為之。

CHINA INSURANCE (THAI) PUBLIC COMPANY LIMITED

แบบคำขอเรียกชดเชยค่าสินไหมทดแทน

CLAIM APPLICATION FORM

CLAIM NO.		ADJUSTER	
NAMED INSURED		POLICY NO.	
MAIL ADDRESS		TELEPHONE NO.	
		CONTACT PERSON	
1.	ACCIDENT DESCRIPTION	1.	
1.1	DATE OF LOSS	1.1	
1.2	PLACE OF ACCIDENT	1.2	
1.3	CAUSE OF LOSS	1.3	
1.4	DETAILED DESCRIPTION OF ACCIDENT	1.4	
1.5	POLICE STATION / FIRE BRIGADE	1.5	
1.6	LOSS ITEM	1.6	
1.7	CLAIM AMOUNT	1.7	
2.	OTHER INSURERS	2.	
3.	NAMED INSURED / BENEFICIARY	3.	

IT IS HEREBY DECLARED AND NOTED THERE IS NO FRAUD FOR THE ABOVE FORSIAD DESCRIPTION AND DETAILS.

SIGNATURE BY NAMED INSURED/BENEFICIARY

SIGNATURE BY WITNESS

SIGNED DATE

PLEASE PAY THE CLAIM PAYMENT TO THE NAMED INSURED/BENEFICIARY.

PLEASE PAY THE CLAIM PAYMENT TO THE AGENT OR THE BROKER _____

(THE ORIGINAL INSURED'S/BENEFICIARY'S POWER OF ATTORNEY MUST BE ATTACHED)

REMARK: THE RELATED DOCUMENT FOR THIS CLAIM SHOULD BE ATTACHED WITH ORIGINALS