

แบบเรียกร้อยค่าสินไหมทดแทน

NON-MOTOR CLAIM FORM

กรุณารอกข้อความเกี่ยวกับการเกิดเหตุความเสียหายตามรายการข้างล่างนี้

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?)
.....
.....
.....
.....
ชื่อที่อยู่ของผู้ทำให้เกิดความเสียหาย (Name & Address of person's blamed)
..... โทรศัพท์ (Tel.)
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 ติดต่อกลับแผนกสินไหมทั่วไป E-Mail: boonua.b@icare-insurance.com Tel: 02-105-4689 ต่อ 1102

เอกสารประกอบการเคลมเบื้องต้น

1. รูปถ่ายสถานที่เอาประกันภัยที่ได้รับความเสียหาย (เห็นเลขที่ตั้ง)
2. รูปถ่ายทรัพย์สินหรือส่วนที่เสียหายทั้งหมด
3. สำเนาบัตรประชาชน, สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัย
4. สำเนาโฉนดที่ดินด้านหน้า-หลัง
5. หนังสือรับรองบริษัทฯ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนผู้มีอำนาจลงนาม (กรณีเป็นนิติฯ หรือ จดทะเบียนบริษัท)
6. ใบเสนอราคา หรือใบเสร็จรับเงิน (กรณีซ่อมแล้ว)
7. หน้าสมุดบัญชีธนาคาร (กรณีให้บริษัทโอนเงินค่าสินไหม)
8. ซากทรัพย์สินโปรดเก็บรักษาไว้ เพื่อส่งคืนบริษัทฯ



รายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัว