



ແບບຟອມຮຽກຮ້ອງຄ່າສິນໄຫມທົດແທນ

CLAIM FORM

ວັນທີຮັບແຈ້ງ...../...../..... ເວລາ.....ມ.

ເລກທີຄະດີ .....

Report Date

Claim No.

ຜູ້ຮັບແຈ້ງ .....

ສັນຍາປະກັນໄພເລກທີ.....

Acknowledged by

Policy No.

ຜູ້ແຈ້ງ Claimant	ສາຍພົວພັນກັບຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພ Relationship to the insured	ໂທລະສັບ Tel.
ຊື່ຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພ Name of the Insured		
ສະຖານທີ່ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພ Address of the Insured		
ສະຖານທີ່ເກີດເຫດ Place of Loss/Accident	ວັນທີເກີດເຫດ Date of Loss/Accident	ເວລາ Time
ລັກສະນະການເກີດເຫດ/Describe Accident in Detail		
.....		
.....		
.....		
ຊັບສິນທີ່ເສຍຫາຍ/ສູນເສຍ ຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພ Description of Loss or Damage to the Insured Properties ລາຍລະອຽດຂອງຊັບສິນ.....	ຊັບສິນທີ່ເສຍຫາຍ/ສູນເສຍ/ການບາດເຈັບ ຂອງຄູ່ກໍລະນີ Description of Third Party Property Damage/Bodily Injury ຊື່ເຈົ້າຂອງຊັບສິນ/ຜູ້ບາດເຈັບ.....	
.....	.....	
.....	ທີ່ຢູ່..... ໂທລະສັບ.....	
.....	ສາຍພົວພັນກັບຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພ.....	
.....	ລາຍລະອຽດຂອງຊັບສິນ/ອາການບາດເຈັບ.....	
ຄວາມເສຍຫາຍທີ່ປະກົດ.....	.....	
.....	.....	
ມູນຄ່າເສຍຫາຍ Amount of Loss LAK ..... ກີບ	ຄວາມເສຍຫາຍທີ່ປະກົດ/ການຮັກສາປີ້ນປົວ.....	
.....	.....	
.....	ມູນຄ່າເສຍຫາຍ/ຄ່າປີ້ນປົວ Amount of Loss LAK ..... ກີບ	
ການແຈ້ງຄວາມ <input type="checkbox"/> ບໍ່ໄດ້ແຈ້ງຄວາມ <input type="checkbox"/> ແຈ້ງຄວາມ <input type="checkbox"/> ເຈົ້າໜ້າທີ່ຕໍາຫລວດ/ສະຖານນີຕໍາຫລວດ Report to the Police / Police Station	ວັນທີແຈ້ງຄວາມ Pol. Report No. / Date	ຜົນຄະດີ Result of the arbitration

ເຊັນ ..... ຜູ້ຮຽກຮ້ອງ  
Claimant's Signature      ວັນທີ Date.....

ເຊັນ..... ຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພ  
Insured's Signature      ວັນທີ Date .....

ເອກະສານປະກອບການຮຽກຮ້ອງຄ່າສິນໄຫມທົດແທນ

- ສໍາເນົາບັດປະຈຳຕົວປະຊາຊົນຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພ (ເຊັນຮັບຮອງ)       ສໍາເນົາບັ້ມສໍາມະໂນຄົວ ຫຼື ສໍາເນົາໜັງສືຮັບຮອງບໍລິສັດ (ເຊັນຮັບຮອງ)
- ໃບເກັບເງິນ/ໃບສະເໜີລາຄາຊັບສິນທີ່ເສຍຫາຍ       ໃບຕາດິນຂອງສະຖານທີ່ເກີດເຫດ
- ຮູບຖ່າຍຄວາມເສຍຫາຍ       ລາຍງານຈາກຜູ້ເຫັນເຫດການ/ສໍາເນົາບົດບັນທຶກປະຈຳວັນຂອງເຈົ້າໜ້າທີ່ຕໍາຫລວດ (ຖ້າມີ)
- ເອກະສານອື່ນໆ .....
- ເອກະສານອື່ນໆ .....

ໝາຍເຫດ: ກະລຸນາຕື່ມແບບຟອມນີ້ ແລະ ສົ່ງກັບບໍລິສັດ ໂດຍໄວທີ່ສຸດ ຢ່າງຊ້າ 30 ວັນ ຫາກເກີນກໍາມິດໄລຍະເວລາດັ່ງກ່າວ ບໍລິສັດຂໍສະຫງວນສິດໃນການປະຕິເສດຄ່າສິນໄຫມທົດແທນ

ສົ່ງເຖິງ \_\_\_\_\_ ໂທລະສັບ: 021-253079; 030 5092222 ຕໍ່ ແຟກ 021 253 159; E-mail: Admin@stmuangthai.com