

แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนการประกันภัยการขนส่งภายในประเทศ

CLAIM FORM FOR INLAND TRANSIT

รายละเอียดผู้เอาประกันภัย / Detail of the insured:					
ชื่อผู้เอาประกันภัย Name of the insured		หมายเลขกรมธรรม์ Policy No.			
ที่อยู่ Address		หมายเลขโทรศัพท์ Telephone No.			
ที่อยู่ติดต่อพร้อมเบอร์โทรศัพท์กรณีเกิดอุบัติเหตุ / Contact person in case of accident					
ชื่อผู้ขับขี่ Driver		อายุ Age			
ที่อยู่ Address					
ทะเบียนรถที่เกิดเหตุ License Plate No.					
ใบอนุญาตขับขี่เลขที่ Driving License No.		ประเภทใบอนุญาตขับขี่ Driving License Type		วันที่ออกใบอนุญาต Issue Date	
รายละเอียดการเกิดเหตุ / Detail of accident:					
วันที่เกิดเหตุ Date of accident			สถานที่เกิดเหตุ Location		
รายละเอียดการเกิดเหตุ Detail of accident					
รายละเอียดสินค้าที่เอาประกันภัย Subject matter insured					
ความเสียหายโดยประมาณ Estimate of loss					
ชื่อผู้สำรวจภัย Name of surveyor					
รายละเอียดรถยนต์คู่กรณี (ถ้ามี) / Third party's detail (if any)					
ชื่อเจ้าของรถ Vehicle owner			ยี่ห้อ ทะเบียนรถ License Plate No.		
ชื่อผู้ขับขี่ Driver					
ที่อยู่ Address					
บริษัทประกันภัยของคู่กรณี Third party's insurer			หมายเลขกรมธรรม์ Policy No.		
ความเสียหายของรถคู่กรณี Detail of loss/damage to third party's vehicle					
อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของใคร Who is the fault party					



King Wai Insurance Public Company Limited
968 U Chuliang Building 15th Floor, Rama IV Road,
Silom, Bangrak 10500, Thailand | (662) 624 1000
Claims.thailand@kwgi.com

บริษัท คิง ไว ประกันภัย จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 968 อาคารอื้อจือเหลียง ชั้น 15 ถนนพระราม 4
แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500
www.kwgi.co.th

บันทึกประจำวันตำรวจหรือรายงานสำรวจภัย (ถ้ามี)

Police report or survey report (if any)

ลงชื่อ Signature		(ผู้เอาประกันภัย) (insured)	วันที่ Date	
---------------------	--	--------------------------------	----------------	--

บันทึกประจำวันของคนขับ / Statement from driver: