แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

NON-MOTOR CLAIM FORM

กรุณากรอกข้อความเกี่ยวกับการเกิดเหตุความเสียหายตามรายการข้างล่างนี้

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 (Telephone) ……...

โทรสาร (FAX. No) …… E-Mail Address ……

หมายเหตุ (Remark) ……

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่กรอกในแบบฟอร์มเป็นความจริงทุกประการ

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) ……..

<u>หมายเหตุ</u> ติดต่อกลับแผนกสินไหมทั่วไป

E-Mail: gr-non-motor-claim@azay.co.th

Tel : 02- 657-2902 , 02-638-9054