

บริษัท อลิอันซ์ ประกันภัย จำกัด (มหาชน)
898 อาคารเพลินจิตทาวเวอร์ ชั้น 1 โซนบี ชั้น 9 โซนเอ 2 และบี 2
ถนนเพลินจิต แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
โทร. 0-2638-9333 โทรสาร 0-2638-9010



แบบแจ้งเรียกร้องค่าเสียหาย

ชื่อผู้เอาประกันภัย.....
ที่อยู่.....
โทรศัพท์..... โทรสาร..... อีเมล.....
กรมธรรม์เลขที่.....ระยะเวลาเอาประกันเริ่ม.....สิ้นสุด.....

วันที่เกิดเหตุ.....เวลา.....น
สถานที่เกิดเหตุ.....
ลักษณะการเกิดเหตุโดยละเอียด.....
.....
.....
.....
สถานีตำรวจที่รับเรื่อง.....ชื่อเจ้าของคดี.....

คู่กรณี ชื่อผู้เสียหาย / ผู้รับบาดเจ็บ.....
ผู้เสียหายมีประกันภัยไว้กับ บริษัท.....

รายการทรัพย์สินเสียหาย.....
.....
.....
.....
ค่าเสียหายรวมเป็นเงิน.....บาท (หากยังไม่ทราบ กรุณาให้ตัวเลขประมาณการ)

ขอให้ท่านกรอกข้อความในแบบแจ้งเรียกร้องค่าเสียหายนี้ให้ครบถ้วนที่สุดเท่าที่จะกระทำได้ และส่งคืนให้ บริษัท อลิอันซ์ ประกันภัย จำกัด (มหาชน) โดยเร็วที่สุด พร้อมทั้งแนบเอกสารเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องเช่น สำเนาบันทึกการแจ้งความ ใบประเมินหรือเสนอราคาค่าเสียหาย สำเนาใบเสร็จรับเงิน (ในกรณีที่บริษัทท่านไม่อยู่ในระบบภามีมูลค่าเพิ่ม จะต้องจัดส่งใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่กรอกในแบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนฯ นี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้เรียกร้อง วันที่.....
(.....)