



บริษัท ซมโปะ ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
Sompo Insurance (Thailand) Public Company Limited

๑๑๐ อับดุลราฮิมเพลซ ชั้น 12, 14 ถนนพระราม 4
 แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500
 โทรศัพท์ ๐-2119-3000 โทรสาร ๐-2636-2340-41
 ทะเบียนเลขที่/เลขประจำตัวผู้เสียภาษี (Registration No./Tax ID. No.) 0107555000287

990 Abdulrahim Place 12th, 14th FL., Rama 4 Road,
 Siam, Bangkok, Bangkok, 10500 Thailand
 Tel : 0-2119-3000 Fax : 0-2636-2340-41

GENERAL CLAIM FORM

แบบเรียกร้องค่าสินไหมทั่วไป

< C >

I/We hereby claim for a loss occurred as follows:

ข้าพเจ้าขอเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนดังรายละเอียดต่อไปนี้

Insured Name

ผู้เอาประกันภัย _____

Policy No.

กรมธรรม์เลขที่ _____

Address

สถานที่ติดต่อ _____

Tel

โทร _____

Loss Date

วันที่เกิดเหตุ _____

Time

เวลา _____

Place of Loss

สถานที่เกิดเหตุ _____

Cause & Details of Loss

สาเหตุการเกิดความเสียหายโดยย่อ _____

In case there is an electrical injury loss, please give the original cause e.g. lightning, power surge.

กรณีเกิดความเสียหายต่ออุปกรณ์ เครื่องใช้ไฟฟ้า ที่เกี่ยวกับระบบไฟฟ้า โปรดบอกต้นเหตุของความเสียหาย เช่น พายุฟ้าผ่า กำลังไฟฟ้าเกินไม่
 สม่่าเสมอ เป็นต้น

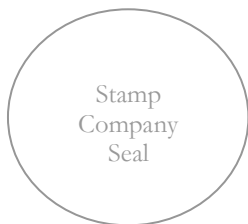
I/We hereby declare, to the best of my/our knowledge and belief, that the above statements are fully and truly made. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่กล่าวมานี้ถูกต้องเป็นจริงตามที่ข้าพเจ้าทราบ และเชื่อว่าเป็นอย่างนั้นทุกประการ

Date

วันที่ _____

Signature

ลงชื่อ _____



(_____)

Remarks/Encls :

หมายเหตุ/เอกสารแนบ : _____
