



บริษัท เคเอ็มบีไอ ประกันภัย จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 43 อาคารไทย ซีซี ทาวเวอร์ ชั้น 33 ถนนสาทรใต้
แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร 10120 ประเทศไทย
โทรศัพท์: +662 624 1000 | โทรสาร: +662 238 0836
ทะเบียนนิติบุคคลเลขที่ 0107556000019 | www.kwii.com

KWII Insurance Public Company Limited
43 Thai CC Tower, 33rd Floor, South Sathorn Road,
Yannawa, Sathorn, Bangkok 10120, Thailand
Tel: +662 624 1000 | Fax: +662 238 0836
Juristic Identification No. 0107556000019 | www.kwii.com

GENERAL CLAIM FORM

แบบรายงานอุบัติเหตุ

INSURED:
ผู้เอาประกันภัย

POLICY NO:
กรมธรรม์เลขที่

ADDRESS:
ที่อยู่

TELEPHONE:
โทรศัพท์

TYPE OF CLAIM
ประเภทเคลม

BURGLARY/THEFT
โจรกรรมลักทรัพย์

ACCIDENT
อุบัติเหตุ

PERSONAL PROPERTY
ทรัพย์สินส่วนตัว

FIRE
ไฟไหม้

PUBLIC LIABILITY
ความรับผิดชอบต่อบุคคลภายนอก

OTHER
อื่นๆ _____

DATE OF LOSS
วันที่เกิดเหตุ :

TIME
เวลา :

LOCATION OF LOSS:
สถานที่เกิดเหตุ :

IS THIS YOUR USUAL PLACE OF RESIDENCE?
สถานที่เกิดเหตุ ท่านพักเป็นประจำหรือไม่?

YES
ใช่

No
ไม่

IF 'NO' WHY?
ถ้าไม่เพราะอะไร?

ARE YOU THE
ท่านเป็น

OWNER
เจ้าของ

TENANT
ผู้เช่า

OTHER (IF 'OTHER' GIVE FULL DETAILS)
อื่นๆ (โปรดระบุ)

WHERE THE PREMISES OCCUPIED AT THE TIME OF LOSS
ตอนเกิดเหตุมีคนอยู่หรือไม่

YES
มี

NO
ไม่มี

IF 'YES' BY WHOM:
ถ้ามี เป็นใคร โปรดระบุรายละเอียด

DESCRIBE IN DETAIL THE EVENTS LEADING UP TO AND FOLLOWING THE LOSS OR DAMAGE:
รายละเอียดลักษณะการเกิดเหตุ



บริษัท เคดับบลิวไอ ประกันภัย จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 43 อาคารไทย ซีซี ทาวเวอร์ ชั้น 33 ถนนสาทรใต้
แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร 10120 ประเทศไทย
โทรศัพท์: +662 624 1000 | โทรสาร: +662 238 0836
ทะเบียนนิติบุคคลเลขที่ 0107556000019 | www.kwii.com

KWII Insurance Public Company Limited
43 Thai CC Tower, 33rd Floor, South Sathorn Road,
Yannawa, Sathorn, Bangkok 10120, Thailand
Tel: +662 624 1000 | Fax: +662 238 0836
Juristic Identification No. 0107556000019 | www.kwii.com

DO YOU HAVE ANY OTHER INSURANCES IN THE ITEMS WHICH ARE THE SUBJECT OF THIS CLAIM: YES NO
ท่านมีประกันภัยไว้อย่างอื่นหรือไม่? เกี่ยวกับทรัพย์สินที่เสียหาย มี ไม่มี

IF 'YES' NAME OF INSURANCE COMPANY:
ถ้า มี ประกันภัยไว้ที่บริษัท

TYPE OF INSURANCE:
ประเภทประกันภัย

NAME AND ADDRESS OF PERSON (S) RESPONSIBLE:
ชื่อ และ ที่อยู่ของผู้รับผิดชอบต่อการเรียกร้องค่าเสียหายครั้งนี้

ARE YOU THE SOLE OWNER OF THE PROPERTY LOST OR DAMAGED: YES NO
ท่านเป็นเจ้าของผู้เดียวต่อทรัพย์สินที่เสียหายใช่หรือไม่ ใช่ ไม่ใช่

IF 'NO' PLEASE STATE FULL PARTICULARS OF OTHER INTERESTER PARTIES:
ถ้า 'ไม่' โปรดระบุรายละเอียดของผู้ที่มีส่วนได้เสียคือใคร?

HAVE YOU PREVIOUSLY SUFFERED LOSS/DAMAGE SIMILAR TO THIS TYPE OF CLAIM? YES NO
ท่านเคยได้รับความเดือดร้อนจากการสูญเสียและเสียหายที่คล้ายคลึงกับเหตุการณ์ครั้งนี้ใช่หรือไม่? ใช่ ไม่ใช่

IF 'YES' SUPPLY FULL DETAILS:
ถ้า ใช่ โปรดระบุรายละเอียดความเดือดร้อนครั้งนี้มีอะไรบ้าง?

POLICE RECORD NO./DATE: บันทึกรประจำวันตำรวจ ข้อ/วันที่ NAME OF POLICE STATION:
ชื่อสถานีตำรวจที่แจ้งความ

HAVE YOU ANY REASON TO SUSPECT ANY PERSON IN CONNECTION WITH THE LOSS?
ท่านมีเหตุผลที่จะสงสัยบุคคลอื่นใดที่เกี่ยวข้องกับการเสียหายครั้งนี้?

I hereby declare that the above is a full, true and accurate statement and I further declare that my property worth THB _____ according to the extent and values annexed and insured under this policy was accidentally destroyed or damaged or loss by the aforesaid without any design or procurement on my part: wherefore I claim from my insurers the sum of THB _____ I further declare that the attached documents and/or records are being submitted with the claim as proof of my loss.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงถูกต้องและครบถ้วนทุกประการ และข้าพเจ้าขอรับรองต่อไปอีกว่า ทรัพย์สินของข้าพเจ้าอันมีมูลค่า _____ บาท ตามขอบเขตและมูลค่าที่แสดงไว้ในรายการที่ซึ่งแนบมานี้ และซึ่งได้เอาประกันไว้ตามกฎหมายดังกล่าวนี้ได้พินาศหรือเสียหายไปโดยดังกล่าวข้างต้น โดยที่ข้าพเจ้ามิได้มีเจตนาหรือกระทำการอื่นใด ฉะนั้น ข้าพเจ้าจึงขอเรียกร้องต่อบริษัทฯ ผู้รับประกันภัยของข้าพเจ้า เป็นเงิน _____ บาท อนึ่ง ขอรับรองว่าเอกสาร และ/หรือ บันทึกรต่างๆที่แนบมาพร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าได้ยื่นมาพร้อมกับค่าเรียกร้องนี้เป็นการพิสูจน์ความเสียหายและสูญเสียของข้าพเจ้าด้วย

WITNESS:
พยาน _____

INSURED'S SIGNATURE:
ลงชื่อผู้เอาประกันภัย _____

TAKEN AND DECLARED AT:
สถานที่แจ้งเคลม
เสียหาย _____

DATE:
วันที่ _____

