



เคลมฟอร์ม (รายงานการตรวจสอบอุบัติเหตุรถยนต์)

ส่วนของลูกค้า

วันที่เกิดเหตุ...../...../.....เวลาประมาณ.....น. สถานที่เกิดเหตุ.....

ชื่อผู้ขับขี่รถประกัน.....นามสกุล.....เบอร์ติดต่อ.....

E-mail.....ยี่ห้อรถ.....ทะเบียนรถ.....

ลักษณะการเกิดเหตุ (อธิบายโดยสังเขป).....

ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

ลงชื่อ.....ผู้ขับขี่ / ผู้แจ้ง

(.....)

วันที่.....เวลา.....

หมายเหตุการรวบรวมข้อมูลนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อปฏิบัติตามสัญญาประกันภัยและเพื่อประโยชน์โดยชอบด้วยกฎหมาย

ส่วนของเจ้าหน้าที่

กรมธรรม์เลขที่.....ผู้เอาประกันภัย.....

เลขที่ใบขับขี่.....เลขที่บัตรประชาชน.....

วันเริ่มคุ้มครอง...../...../.....วันหมดอายุ...../...../.....เลขรับแจ้ง.....เลขที่เคลม.....

ชื่อ พงส.....สน.....บันทึกประจำวัน มี ข้อ.....ลงวันที่..... ไม่มี

ค่าเสียหายส่วนแรก.....บาท

สัญญา KNOCK FOR KNOCK มี (บริษัท.....) ไม่มี

สำหรับติดเลขตัวถัง

DEFAULTED BY : () IN () TP () BO () UN () UI () NO

NATURE	ค่าเสียหาย (บาท)	เจ้าหน้าที่สำรวจอุบัติเหตุ
		CODE ADJUSTER.....
		ชื่อ.....