

บริษัท สยามซีทีประกันภัย จำกัด (มหาชน)

44/1 อาคารรุ่งโรจน์ธนกุล ชั้น 12 ถนนรัชดาภิเษก แขวงห้วยขวาง
เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 โทรศัพท์ 0-2202-9500 โทรสาร 0-2245-7994

แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนทั่วไป

NON-MOTOR CLAIM FORM

ชื่อผู้เอาประกันภัย.....

กรมธรรม์เลขที่.....

สถานที่เกิดเหตุ.....

..... โทร.....

วันที่เกิดเหตุ..... เวลา.....

โปรดเล่าเหตุการณ์ที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเสียหายโดยสังเขป :-

.....

.....

.....

.....

ทรัพย์สินที่ท่านได้เรียกร้องค่าเสียหายนั้น ได้มีการเอาประกันภัยไว้กับบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่.....

ถ้ามีโปรดระบุชื่อบริษัทประกันภัยและเลขที่กรมธรรม์.....

.....

โปรดระบุรายการทรัพย์สินที่เสียหายและมูลค่าของทรัพย์สินนั้น.....

.....

.....

.....

โปรดระบุจำนวนเงินที่ท่านเรียกร้อง.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่กรอกในแบบฟอร์มนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

ผู้เอาประกันภัย/ผู้เรียกร้อง

วันที่.....