



บริษัท อินทรประกันภัย จำกัด (มหาชน)
INDARA INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

364/29 ถนนศรีอยุธยา เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

364/29 Si Ayutthaya Rd., Ratchathewi, Bangkok 10400, Tel. 0 2247 9261, 0 2247 6570 Fax: 0 2247 9260, 0 2642 4454

http://www.indara.co.th e-mail : contact@indara.co.th

ใบแจ้งอุบัติเหตุและเรียกร้องค่าเสียหาย

1. ชื่อผู้เอาประกันภัย..... เลขที่กรมธรรม์.....
2. ที่อยู่.....
..... โทรศัพท์.....
3. ชื่อผู้เสียหาย..... อาชีพ.....
4. สถานที่ทำงาน.....
..... โทรศัพท์.....
5. วันที่เกิดเหตุ..... เวลา..... น. สถานที่.....
6. สถานีตำรวจที่ได้ออกใบแจ้ง..... วันที่.....
7. ลักษณะการเกิดเหตุโดยละเอียด.....
.....
.....
8. ความเสียหาย และ/หรือบาดเจ็บที่ได้รับ.....
.....
9. ชื่อนายแพทย์.....
10. สถานที่ทำการรักษาพยาบาล.....
11. ระยะเวลาที่ทำการรักษาพยาบาล จากวันที่..... ถึงวันที่.....
12. ชื่อและที่อยู่ของผู้รู้เห็นเหตุการณ์.....
..... โทรศัพท์.....
13. ท่านเคยเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนจากบริษัทฯ มาก่อนหรือไม่ ถ้ามีโปรดแจ้งรายละเอียด.....
.....
14. ท่านได้มีการทำประกันภัยเพิ่มไว้กับบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่ ถ้ามีโปรดแจ้งรายละเอียดและจำนวนเงินที่
ท่านเรียกร้อง.....
.....
15. จำนวนเงินค่าสินไหมทดแทนที่ท่านต้องการเรียกร้องจาก บริษัท อินทรประกันภัย จำกัด (มหาชน)
.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ และจะให้ความร่วมมือกับ บริษัท
อินทรประกันภัย จำกัด (มหาชน) ทุกประการ หากข้าพเจ้าแสวงหา หรือปลอมแปลงเอกสารหรือแถลงข้อความ
ข้างต้นบิดเบือนจากความจริงใดๆ สิทธิที่จะได้ชดใช้เป็นอันหมดสิทธิโดยทันที

ผู้เอาประกัน/ผู้เรียกร้อง.....

ลายมือชื่อ..... วันที่.....