

แบบแจ้งอุบัติเหตุรถยนต์ Automobile Accident Report

เลขที่รับแจ้ง

- - 71 - RMO -

1) รายละเอียดทั่วไป General Information

เพื่อรักษาผลประโยชน์ของท่าน โปรดกรอกรายละเอียดด้วยตัวเองเท่านั้น

ชื่อผู้เอาประกัน Name of Insured	กรมธรรม์เลขที่ Policy No.	
ยี่ห้อรถ Make	เลขทะเบียน Registration Plate No.	เลขตัวถัง Chassis No.

2) ผู้ขับขี่ Driver

ชื่อผู้ขับขี่ Name of Insured	อาชีพ Profession	วันเดือนปีเกิด Date of Birth	อายุ Age
ที่อยู่ Home Address	โทร. Tel.	เกี่ยวข้องกับผู้เอาประกัน Relationship to Insured	
ใบอนุญาตขับขี่เลขที่ Driver's License No.	วันออกใบอนุญาต Issue Date	วันหมดอายุ Expiry Date	

3) รายละเอียดอุบัติเหตุ Details of Accident

วันที่เกิดอุบัติเหตุ Date of Accident	เวลาเกิดเหตุ Date	สถานที่เกิดเหตุ Place of Accident
ตำบล/แขวง Sub-District	อำเภอ/เขต District	จังหวัด Province

โปรดอธิบายลักษณะอุบัติเหตุโดยละเอียด Explain fully how accident happened

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

แผนผังอุบัติเหตุ Diagram of Accident

4) ความเสียหายที่เกิดแก่รถผู้เอาประกันภัย Damage to Automotive Insured

โปรดบอกรายละเอียดความเสียหายของรถประกัน State details of damage to automobile insured

1.....	6.....
2.....	7.....
3.....	8.....
4.....	9.....
5.....	10.....

5) โปรดบอกชื่อและที่อยู่พยาน Witnesses, Please state name and address

ชื่อ Name	ที่อยู่ Address	โทร. Tel.
--------------	--------------------	--------------

ชื่อเจ้าหน้าที่ตำรวจ Name of Police	สถานีตำรวจ Police Station
--	------------------------------

6) รายละเอียดคู่กรณี Details of Third Parties เคลมเลขที่ Claim No.

ยี่ห้อรถ Make	เลขทะเบียน Registration Plate No.	เลขตัวถัง Chassis No.
------------------	--------------------------------------	--------------------------

ชื่อเจ้าของรถ Make	เลขที่บัตรประชาชน Personal Card ID No.
-----------------------	---

ที่อยู่ Address	โทร. Tel.
--------------------	--------------

ชื่อผู้ขับขี่ Name of Insured	ใบขับขี่เลขที่ Driver's License No.	อายุ Age
----------------------------------	--	-------------

ที่อยู่ Address	โทร. Tel.
--------------------	--------------

บริษัทที่รับประกันรถคู่กรณี Name of T/P's Insure	กรมธรรม์เลขที่ Policy No.
---	------------------------------

ประเภทกรมธรรม์ Type ประเภท 1 ประเภท 2 ประเภท 3 ประเภท 4 ประเภท 5 พรบ.

โปรดบอกรายละเอียดความเสียหายของรถคู่กรณี State details of damage to T/P's automobile

1.....	4.....
2.....	5.....
3.....	6.....

7) รายละเอียดผู้บาดเจ็บในอุบัติเหตุ Details of Personal Injury

โปรดแจ้งชื่อ อายุ ที่อยู่ และลักษณะบาดเจ็บของคนเจ็บ State detail of name, age, address, nature of injury

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าที่แถลงมาทั้งหมดนั้นเป็นจริงทุกประการ และยินยอมให้สถานพยาบาล นายแพทย์ ที่กระทำการรักษาข้าพเจ้า ให้ข้อมูลถึง
อาการเจ็บป่วยและประวัติการรักษาทางการแพทย์ต่อบริษัทได้

I declare the foregoing particulars to be true in every respect and hereby authorize any hospital, physician to furnish to the company all information with respect to any illness or injury, medical history and etc.

ลายชื่อ Signatures name วันที่ Date.....