

รายงานการแจ้งอุบัติเหตุรถยนต์ / Motor Insurance Claim Form

เลขที่รับแจ้ง / Notification No.

เลขที่เคลม / Claim No.

ชื่อผู้เอาประกันภัย _____ โทรศัพท์ _____ อาชีพ _____	
Insured's named _____ Telephone _____ Occupation _____	
กรมธรรม์เลขที่ _____ ประเภท <input type="checkbox"/> พ.ร.บ. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> ระบุชื่อ <input type="checkbox"/> ไม่ระบุชื่อ	
Policy No. _____ Type _____ CMI _____ COMP _____ T/P F&T _____ T/P ONLY _____ Named Driver _____ Unnamed Driver _____	
รถประกันภัยยี่ห้อ _____ ทะเบียน _____ สี _____ เลขตัวถัง _____	
Make and Model _____ License Plate _____ Color _____ Chassis No. _____	
ชื่อผู้ขับขี่ (นาย/นาง/น.ส.) _____ อายุ _____ ปี อาชีพ _____	
Driver Named's _____ Age _____ Occupation _____	
ที่อยู่ _____ โทรศัพท์ _____	
Address _____ Telephone _____	
ว.ด.ปีเกิด _____ ใบขับขี่ ประเภท _____ เลขที่ _____ วันออก _____	
Birth Date _____ Type of Driving Licence _____ No. _____ Issued Date _____	
บัตรประชาชนเลขที่ _____ วันที่ออก _____ หมดอายุ _____ ออกให้ที่ _____	
Identity Card No. _____ Issued Date _____ Expiry Date _____ At _____	
ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย <input type="checkbox"/> ผู้เอาประกันภัย <input type="checkbox"/> ลูกจ้าง <input type="checkbox"/> ระบุชื่ออยู่ในกรมธรรม์ <input type="checkbox"/> ไม่มีชื่ออยู่ในกรมธรรม์	
Relationship to the policyholder _____ Insured _____ Employee _____ is a Fixed name in policy _____ No Fixed name in policy _____	

วันที่เกิดเหตุ _____ เวลา _____ น. สถานที่เกิดเหตุ _____ ถนน _____
Date of Accident _____ Time _____ Place _____ Road _____
เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____ สถานีตำรวจ _____ วันที่แจ้ง _____
District _____ Province _____ Police station _____ Notification Date _____

<p>โปรดกรอรายละเอียดลักษณะการเกิดเหตุ พร้อมระบุว่าฝ่ายใดเป็นฝ่ายผิด</p> <p>Full details of accident indicating who was at fault</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<p>แผนผังสถานที่เกิดเหตุ</p> <p>Sketch of accident scene</p>
---	--

ฝ่ายผิดในเหตุการณ์ Party at fault ผู้ขับขี่รถประกัน Insured driver คู่กรณี Third party ประมาทร่วม Co - negligence รอผลคดี Waiting for the police result

รายการความเสียหายของรถยนต์ประกัน Damage Details of the Insured Vehicle

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลในรายการข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และโดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้ บริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทฯ ดำเนินการให้ บริษัท ผู้สำรวจภัย อยู่ศูนย์บริการ หน่วยงานราชการ หน่วยงานเอกชน องค์กร แพทย์ โรงพยาบาล หรือบุคคลอื่นใดทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งมีบันทึก หรือเรื่องราวที่เกี่ยวกับการเอาประกันภัยและการชดเชยค่าสินไหมทดแทนของข้าพเจ้า เบ็ดเสร็จข้อมูลของข้าพเจ้าเกี่ยวกับประวัติการเอาประกันภัยและการชดเชยค่าสินไหมทดแทนหรือข้อมูลประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทฯ รวมถึงยินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวมใช้ ปรับปรุง เบ็ดเสร็จและการดำเนินการอื่นใด กับข้อมูลของข้าพเจ้าเพื่อดำเนินการตามสัญญาประกันภัยได้ อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับโดยสมบูรณ์เท่ากับต้นฉบับ

เลขตัวถังรถประกันภัย

ลงชื่อ Signature _____ ผู้ขับขี่ Driver / ผู้เอาประกันภัย Insured	ลงชื่อ Signature _____ ผู้ปฏิบัติงาน Employee
วันที่ Date _____	วันที่ Date _____

ทรัพย์สินคู่กรณี _____
Property Type

รถคู่กรณี ยี่ห้อ / รุ่น _____ เลขทะเบียน _____ เลขตัวรถ _____
Make / Model License Plate Chassis No.

ชื่อผู้ขับขี่ _____ อายุ _____ ปี อาชีพ _____ ความสัมพันธ์กับเจ้าของ _____
Driver Named's Age Occupation Relationship to Owner

ที่อยู่ _____ โทรศัพท์ _____
Address Telephone

ว.ด.ปีเกิด _____ ใบขับขี่ ประเภท _____ เลขที่ _____ วันออก _____
Birth Date Type of Driving Licence No. Issued Date

บัตรประชาชนเลขที่ _____ วันที่ออก _____ หมดอายุ _____ ออกให้ที่ _____
Identity Card No. Issued Date Expiry Date At

ชื่อเจ้าของรถ / ทรัพย์สินคู่กรณี _____ อายุ _____ ปี ว.ด.ปีเกิด _____
Owner Age Birth Date

ที่อยู่ _____ โทรศัพท์ _____
Address Telephone

ประกันภัยไว้กับ บริษัท _____ กรมธรรม์เลขที่ _____ ประเภท _____
Insurance Company Policy No. Type

ประมาณการค่าเสียหาย _____ บาท [] เข้าเงื่อนไขสัญญา KFK [] ไม่เข้าเงื่อนไขสัญญา KFK
Loss estimated Baht KFK / Yes KFK / No

รายละเอียดของผู้บาดเจ็บ หรือ เสียชีวิต / Injury Or Death Details [1]

1. ชื่อ-นามสกุล _____ อายุ _____ ปี อาชีพ _____ ตำแหน่ง _____
Name Age Occupation Position

ที่อยู่ _____ โทรศัพท์ _____
Address Telephone

[] ผู้บาดเจ็บ [] เสียชีวิต เป็น [] ผู้ขับขี่ [] ผู้โดยสาร ในรถประกัน [] ผู้ขับขี่ [] ผู้โดยสาร ในรถคู่กรณี [] คนเดินเท้า
Injury or Death is Driver or Passenger in insured vehicle Driver or Passenger in T/P vehicle Pedestrian

ได้รับบาดเจ็บ [] เล็กน้อย [] สาหัส [] ตาย ประมาณการค่ารักษาพยาบาลและค่าสินไหม _____ บาท
Minor Injured Grave Injured Death Reserve for B.I. Baht

รายละเอียดรถคู่กรณี หรือ ทรัพย์สินคู่กรณี / Third Party Vehicle and/or Property Damages [2]

ทรัพย์สินคู่กรณี _____
Property Type

รถคู่กรณี ยี่ห้อ / รุ่น _____ เลขทะเบียน _____ เลขตัวรถ _____
Make / Model License Plate Chassis No.

ชื่อผู้ขับขี่ _____ อายุ _____ ปี อาชีพ _____ ความสัมพันธ์กับเจ้าของ _____
Driver Named's Age Occupation Relationship to Owner

ที่อยู่ _____ โทรศัพท์ _____
Address Telephone

ว.ด.ปีเกิด _____ ใบขับขี่ ประเภท _____ เลขที่ _____ วันออก _____
Birth Date Type of Driving Licence No. Issued Date

บัตรประชาชนเลขที่ _____ วันที่ออก _____ หมดอายุ _____ ออกให้ที่ _____
Identity Card No. Issued Date Expiry Date At

ชื่อเจ้าของรถ / ทรัพย์สินคู่กรณี _____ อายุ _____ ปี ว.ด.ปีเกิด _____
Owner Age Birth Date

ที่อยู่ _____ โทรศัพท์ _____
Address Telephone

ประกันภัยไว้กับ บริษัท _____ กรมธรรม์เลขที่ _____ ประเภท _____
Insurance Company Policy No. Type

ประมาณการค่าเสียหาย _____ บาท [] เข้าเงื่อนไขสัญญา KFK [] ไม่เข้าเงื่อนไขสัญญา KFK
Loss estimated Baht KFK / Yes KFK / No

รายละเอียดของผู้บาดเจ็บ หรือ เสียชีวิต / Injury Or Death Details [2]

2. ชื่อ-นามสกุล _____ อายุ _____ ปี อาชีพ _____ ตำแหน่ง _____
Name Age Occupation Position

ที่อยู่ _____ โทรศัพท์ _____
Address Telephone

[] ผู้บาดเจ็บ [] เสียชีวิต เป็น [] ผู้ขับขี่ [] ผู้โดยสาร ในรถประกัน [] ผู้ขับขี่ [] ผู้โดยสาร ในรถคู่กรณี [] คนเดินเท้า
Injury or Death is Driver or Passenger in insured vehicle Driver or Passenger in T/P vehicle Pedestrian

ได้รับบาดเจ็บ [] เล็กน้อย [] สาหัส [] ตาย ประมาณการค่ารักษาพยาบาลและค่าสินไหม _____ บาท
Minor Injured Grave Injured Death Reserve for B.I. Baht