

## แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

## CLAIM FORM

 วันที่รับแจ้ง [Click here to enter a date.](#)

Date of Receipt

ผู้รับแจ้ง

Received

เลขที่เคลม

Claimant No.

เลขที่กรมธรรม์

Policy No.

|                                                                                                    |                                                           |                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------|
| ผู้แจ้ง<br>Contract Person                                                                         | ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย<br>Relation of the Insured | โทรศัพท์<br>Tel.     |
| ชื่อผู้เอาประกันภัย<br>Name of Insured                                                             |                                                           | อีเมล<br>Email       |
| สถานที่เอาประกันภัย<br>Address of Insured                                                          |                                                           |                      |
| สถานที่เกิดเหตุ<br>Place of Loss                                                                   | วันที่เกิดเหตุ<br>Date of Loss                            | เวลา<br>Time of Loss |
| ลักษณะการเกิดเหตุ<br>Describe Accident in Detail.....<br>.....<br>.....                            |                                                           |                      |
| ทรัพย์สินที่ได้รับความเสียหาย/ สูญหาย<br>Description of Property Damage<br>.....<br>.....<br>..... |                                                           |                      |
| ค่าเสียหายในครั้งนี้<br>Amount of Loss / Baht                                                      |                                                           |                      |

ลงนาม..... ผู้เรียกร้อง

Sign Here

วันที่ (Date) .....

ลงนาม..... ผู้เอาประกันภัย

Sign Here

วันที่ (Date).....



falconinsurance.co.th

 บริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) สำนักงานใหญ่  
 33/4 อาคาร เดอะไนน์ทาวเวอร์ ชั้น 24-25 ถนนพระราม 9  
 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310  
 โทร. 02 037 9888  
 เลขประจำตัวเสียภาษี / ทะเบียนเลขที่ บมจ. 0107535000419 สำนักงานใหญ่  
 Email: fcicustomerservice@falconinsurance.co.th

 The Falcon Insurance Public Company Limited (Head Office)  
 33/4 Building A, The 9<sup>th</sup> Towers, 24<sup>th</sup>- 25<sup>th</sup> FL,  
 Rama 9 Rd., Huay Khwang, Bangkok 10310 Thailand  
 Tel.: (+66) 2037 9888

think independent