



แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมการประกันภัยป้ายโฆษณา
(โปรดกรอกข้อความตามความเป็นจริงและส่งกลับบริษัทฯ)

- ชื่อผู้เอาประกันภัย : _____
เบอร์โทร : _____ E-mail : _____
เจ้าหน้าที่ประสานงาน : _____ ตำแหน่ง : _____
- กรมธรรม์เลขที่ : _____ ระยะเวลาประกันภัย : _____
- สถานที่เกิดเหตุ : _____ วัน/ เวลาเกิดเหตุ : _____
- ทรัพย์สินหรือบุคคลที่ทำให้เกิดความเสียหายอยู่ในความรับผิดชอบ/ดูแลของบริษัท : _____
ชื่อ _____ นามสกุล _____ โทร _____
- รายละเอียดทรัพย์สินที่ได้รับความเสียหาย : 1) ชื่อ-เบอร์โทร เจ้าของทรัพย์สิน _____
ทรัพย์สินที่เสียหาย _____
ลักษณะความเสียหาย _____ ค่าเสียหายประมาณ _____ บาท
 ไม่มีประกัน มีประกัน บริษัท _____
- กรณีบาดเจ็บ/ทุพพลภาพ/เสียชีวิต ชื่อผู้เสียหาย _____ อายุ _____ ปี
ที่อยู่ _____
เบอร์โทร _____ อาการบาดเจ็บ _____ ค่ารักษาพยาบาล _____ บาท
- รายละเอียดผู้รู้เห็นเหตุการณ์ : _____
ชื่อและที่อยู่ : _____ เบอร์โทร _____
- รายละเอียดการเกิดเหตุ (อธิบายโดยละเอียด) _____

- ได้แจ้งความการเกิดเหตุไว้หรือไม่ ไม่ แจ้งไว้ที่สถานีตำรวจ _____
พนักงานสอบสวนที่รับแจ้ง _____ เบอร์โทร _____

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งหมดข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ



ลงชื่อ _____

(_____)

ผู้เอาประกันภัย

วันที่ _____



เอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมทดแทน

1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนความเสียหายต่อบุคคลภายนอก (กรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว)
2. เอกสารเรียกร้องค่าเสียหาย เช่น ใบบันทึกการเกิดเหตุ, หนังสือเรียกร้องค่าเสียหาย, ใบแจ้งหนี้, ใบเสร็จรับเงิน เป็นต้น
3. เอกสารแสดงการสำรองจ่ายค่าเสียหายแก่ผู้เสียหาย (กรณีสำรองจ่ายก่อน)
4. ใบอนุญาตการก่อสร้างป้ายโฆษณา
5. สัญญาว่าจ้างการก่อสร้างป้ายโฆษณา
6. สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัยหรือผู้มีอำนาจลงนามของผู้เอาประกันภัย
7. หนังสือรับรองบริษัทผู้เอาประกันภัย (กรณีเป็นนิติบุคคล)
8. รูปถ่ายความเสียหาย เช่น สถานที่เกิดเหตุมุมกว้าง, ทรัพย์สินที่เสียหายมุมกว้างและมุมใกล้, ทรัพย์สินหรือบุคคลที่ก่อให้เกิดความเสียหาย เป็นต้น (กรณีเรียกร้องเอง)
9. บันทึกประจำวัน (ถ้ามี)
10. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารของผู้เอาประกันภัย
11. เอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้อง (แล้วแต่กรณี)

การส่งเอกสารเรียกร้องสินไหมทดแทน

บริษัท เจมาร์ท ประกันภัย จำกัด (มหาชน) (ฝ่ายสินไหมทดแทนทั่วไป)

100/100 อาคารว่องวานิช คอมเพล็กซ์ บี ชั้นที่ 29 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310

เบอร์โทร 02-099-0555 ต่อ 5201 - 5203

E-Mail : claimnonmotor@jaymartinsurance.co.th