



แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนการประกันภัยการขนส่งสินค้าทางทะเล

MARINE CARGO CLAIM FORM

กรุณากรอกแบบฟอร์มเรียกร้องนี้โดยละเอียดและครบถ้วนที่สุด และส่งคืนบริษัทฯ โดยเร็วหลังจากท่านทราบอุบัติเหตุ
This Form should be completed as fully and accurately as possible and return to the Company immediately after accident

ผู้เอาประกันภัย / The Insured

ชื่อผู้เอาประกันภัย/ Name Insured	เลขที่กรมธรรม์/ Policy
บุคคลที่ติดต่อ/ Contact Person	เบอร์โทรศัพท์/Telephone No
อีเมล/ Email	

รายละเอียดการขนส่งสินค้า / PARTICULARS OF CARRIAGE

วันที่สินค้าถึงท่าเรือ/ท่าอากาศยาน / Date of arrival to port / airport	
วันที่สินค้าถึงจุดหมายปลายทาง หรือโกดัง/ Date of delivery to final destination or warehouse	
สถานที่ปลายทางที่จัดส่งสินค้า/Place of final delivery	

ลักษณะการเกิดเหตุและความเสียหาย / Circumstances of Loss

วัน/ เวลา สถานที่ ที่เกิดความเสียหาย/ Date, time and place of loss

รายละเอียดของความเสียหาย/Loss description/Nature of loss or damage

รายละเอียดของสินค้าที่สูญหายหรือเสียหาย (โปรดระบุรายการ จำนวน และราคา)/ Description of damaged/loss cargo

จำนวนเงินเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (โดยประมาณ)/Estimated the amount of loss

ข้าพเจ้า / เรา ขอรับรองว่าข้อมูลข้อมูลที่กรอกในแบบฟอร์มนี้เป็นความจริงทุกประการ
I/we, the undersigned, certify that all statements made in this claim form are true and correct.

.....
ลงชื่อผู้เรียกร้อง/Signature of claimant
วันที่/Date.....