



เอ็ม เอส ไอ จี ประกันภัย

MSIG Insurance (Thailand) Public Company Limited
1908 MSIG Building, New Petchburi Road, Bangkok, Huay Kwang, Bangkok 10310
Tel +66 2825 8888 Fax +66 2318 8550

บริษัท เอ็ม เอส ไอ จี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
1908 อาคาร เอ็ม เอส ไอ จี ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ
เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
www.msig-thai.com

QP-MOT-001 FM 001 Rev. No.:01
Effective:09.11.06

รายงานอุบัติเหตุรถยนต์ MOTOR ACCIDENT REPORT

กรุณากรอกรายละเอียดลงในแบบฟอร์มด้านล่าง เราจะเร่งดำเนินการโดยเร็วเพื่อความพึงพอใจสูงสุดของท่าน
Please complete the claim form below in full. We will process your claim as quickly as possible.

หากท่านมีข้อเสนอแนะประการใด โปรดติดต่อฝ่ายพัฒนาคุณภาพ
If you have any comments about our services, please contact our Service Quality Department.

Tel: +66 2825 8700 Email: servicequality@th.msig-asia.com

รายละเอียดกรมธรรม์ Policy Details		ส่วนของเจ้าหน้าที่ For MSIG representatives	
ผู้เอาประกันภัย Policyholder	กรมธรรม์เลขที่ Policy no.	เลขรับแจ้ง Notification no.	
ทะเบียนรถ Registration plate no.	ยี่ห้อและรุ่น Make and Model	เลขเคลม Claim no.	
สี Colour	เลขกิโลเมตร Mileage	หมายเลขตัวถัง Chassis no.	
โทรศัพท์ Telephone no.	โทรศัพท์มือถือ Mobile telephone no.	อีเมล E-mail address	
รายละเอียดผู้ขับขี่รถที่เอาประกันภัย Driver of the Insured Vehicle			
ผู้ขับขี่ (นาย/นาง/น.ส.) Driver (Mr./Mrs./Ms./Miss)	อายุ Age	ปี Years	อาชีพ Occupation
ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย Relationship to the policyholder	ใบอนุญาตขับขี่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี เลขที่ Driving licence No Yes, licence no.	วันที่อนุญาต Issue date	
ประเภทของใบขับขี่ <input type="checkbox"/> รถจักรยานยนต์ <input type="checkbox"/> รถยนต์/รถบรรทุก Type of driving licence Motorcycle Car / Truck	ที่อยู่ของผู้ขับขี่ Driver's Address		รหัสไปรษณีย์ Post code
โทรศัพท์ Telephone no.	โทรศัพท์มือถือ Mobile telephone no.	อีเมล E-mail address	
รายละเอียดอุบัติเหตุ Accident Details			
วันที่เกิดเหตุ Date of accident	เวลา Time	สถานที่ Place	ถนน Road
เขต/อำเภอ District	จังหวัด Province	สถานีตำรวจ Police station	วันที่แจ้งความ Notification date
โปรดกรอกรายละเอียดลักษณะการเกิดเหตุ พร้อมระบุฝ่ายใดเป็นฝ่ายผิด Full details of accident indicating who was at fault		แผนผังการเกิดเหตุ Sketch of accident scene	
ฝ่ายผิดในเหตุการณ์ Party at fault <input type="checkbox"/> ผู้ขับขี่รถที่เอาประกันภัย Insured driver <input type="checkbox"/> คู่กรณี Third party <input type="checkbox"/> ประมาทร่วม Co-negligence <input type="checkbox"/> รอผลคดี Awaiting judgement			
รายการความเสียหายของรถที่เอาประกันภัย Damage Details of the Insured Vehicle			
1. _____	2. _____	3. _____	4. _____
5. _____	6. _____	7. _____	8. _____

เวลาที่เจ้าหน้าที่ไปถึงที่เกิดเหตุ _____
Surveyor's arrival time at the accident scene

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดข้างต้นถูกต้องและสมบูรณ์ และข้าพเจ้าจะให้ความร่วมมือกับบริษัทฯ ทุกกรณีที่ได้รับการร้องขอ
I declare that these statements are true and complete. I will provide assistance to the Company in any way as requested.

ลงชื่อ _____ ผู้ขับขี่/ผู้เอาประกันภัย _____ วันที่ _____
Signature Driver / Policyholder Date

รายละเอียดรถคู่กรณี Third Party Vehicle Details

นายจ้าง/เจ้าของรถ Employer/Vehicle owner	อายุ Age	ปี Years	อาชีพ Occupation
ทะเบียนรถ Registration plate no.	ยี่ห้อ Make and Model	หมายเลขตัวถัง Chassis no.	
ที่อยู่ Address			รหัสไปรษณีย์ Post code
โทรศัพท์ Telephone no.	โทรศัพท์มือถือ Mobile telephone no.		อีเมลล์ E-mail address
บริษัทประกันภัย Insurance company	ประเภทของกรมธรรม์ Type of insurance		กรมธรรม์เลขที่ Policy no.

รายละเอียดผู้ขับขี่รถคู่กรณี Driver of the Third Party Vehicle

ผู้ขับขี่ (นาย/นาง/น.ส.) Driver (Mr./Miss/Mrs./Ms.)	อายุ Age	ปี Years	อาชีพ Occupation	ความสัมพันธ์กับเจ้าของรถ Relationship to the vehicle owner
ใบอนุญาตขับขี่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี เลขที่ _____ Driving licence No Yes, licence no.				วันที่อนุญาต Issue date
บัตรประชาชนเลขที่ _____ Identity no.				วันที่อนุญาต Issue date
ที่อยู่ Address				รหัสไปรษณีย์ Post code
โทรศัพท์ Telephone no.	โทรศัพท์มือถือ Mobile telephone no.			อีเมลล์ E-mail address

รายละเอียดคู่กรณีที่ไม่ใช่รถยนต์ Third Party Details (Other Property Damage)

เจ้าของทรัพย์สิน Owner	อายุ Age	ปี Years	อาชีพ Occupation
ที่อยู่ Address			รหัสไปรษณีย์ Post code
โทรศัพท์ Telephone no.	โทรศัพท์มือถือ Mobile telephone no.		อีเมลล์ E-mail address
บริษัทประกันภัย Insurance company	ประเภทของกรมธรรม์ Type of insurance		กรมธรรม์เลขที่ Policy no.

รายการความเสียหาย Third Party Damage Details

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

รายละเอียดผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหรือเสียชีวิต Injury / Death Details

รถประกัน Insured vehicle	ผู้ขับขี่ Driver	<input type="checkbox"/> บาดเจ็บ Injured	<input type="checkbox"/> เสียชีวิต Deceased	ผู้โดยสาร Passenger(s)	<input type="checkbox"/> บาดเจ็บ _____ คน Injured Person(s)	<input type="checkbox"/> เสียชีวิต _____ คน Deceased Person(s)
รถคู่กรณี Third Party's vehicle	ผู้ขับขี่ Driver	<input type="checkbox"/> บาดเจ็บ Injured	<input type="checkbox"/> เสียชีวิต Deceased	ผู้โดยสาร Passenger(s)	<input type="checkbox"/> บาดเจ็บ _____ คน Injured Person(s)	<input type="checkbox"/> เสียชีวิต _____ คน Deceased Person(s)
บุคคลภายนอก Pedestrian(s)	_____ คน Person(s)				<input type="checkbox"/> บาดเจ็บ _____ คน Injured Person(s)	<input type="checkbox"/> เสียชีวิต _____ คน Deceased Person(s)

รายละเอียดการเรียกร้องคู่กรณี Recovery Details

เบื้องต้นได้เรียกร้องค่าเสียหายจำนวน _____ บาท Requested compensation of Baht	ผู้ละเมิดยอมชดใช้ _____ บาท The party at fault agreed to pay Baht	
<input type="checkbox"/> ได้รับชำระแล้ว Compensation received	<input type="checkbox"/> นัดชำระวันที่ _____ เวลา _____ สถานที่ _____ To be paid on Time Place	
<input type="checkbox"/> การเรียกร้องเบื้องต้นไม่เป็นผล Unable to make recovery	<input type="checkbox"/> ไม่ยอมชดใช้ The party at fault declined to pay	<input type="checkbox"/> ให้ติดต่อภายหลัง The party at fault asked to be contacted later