

MARINE CARGO CLAIM FORM

กรุณาดำเนินการและกรอกข้อความให้สมบูรณ์ Please complete in full the appropriate sections of this form.

Claimant: _____ **Contact person:** _____

ผู้เรียกร้อง

ชื่อผู้ติดต่อ

Tel no.: _____ **Fax no.:** _____ **E-mail:** _____

โทรศัพท์

โทรสาร

อีเมล

Insured: _____ **Policy/Certificate no.:** _____

ผู้เอาประกันภัย

เลขที่กรมธรรม์

Invoice no.: _____ **Interest:** _____

เลขที่ใบกำกับสินค้า

สินค้าที่เอาประกัน

Bill of lading/Air Waybill no.: _____

เลขที่ใบตราส่ง

Vessel/Conveyance: _____ **Voyage:** _____

ยานพาหนะ

เส้นทางการขนส่ง

Port of loading: _____ **Port of discharge:** _____

ท่าต้นทาง

ท่าปลายทาง

Date of arrival at port of discharge: _____ **Place of final delivery:** _____

วันที่มาถึงท่าเรือปลายทาง

สถานที่ปลายทางที่จัดส่งสินค้า

Date of arrival at warehouse: _____ **Date of loss:** _____

วันที่สินค้าส่งถึงสถานที่ปลายทาง

วันเกิดเหตุ

Place and date of loss discovered: _____

สถานที่และวันที่พบความเสียหาย

Place of loss/accident: _____

สถานที่เกิดเหตุ

Loss description/Nature of loss or damage: _____

รายละเอียดของความเสียหาย

Description of damaged/loss cargo:

รายละเอียดของสินค้าที่สูญหายหรือเสียหาย

Quantity

Cargo description

Claim amount (please state currency)

I/We declare that the above claim statement is true and complete.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริง ถูกต้องและสมบูรณ์

Signature of claimant _____ Date _____

ลงชื่อผู้เรียกร้อง

วันที่