

ใบนัดหมาย ขอรับค่าสินไหมทดแทน

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

เลขที่สินไหม/เลขที่รับแจ้ง _____

ชื่อ - นามสกุล ผู้ติดต่อ _____ เบอร์โทรศัพท์ _____

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ถนน _____ ตรอก/ซอย _____

แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____

ชื่อ - นามสกุล ผู้รับเงิน _____ เบอร์โทรศัพท์ _____

รายการจ่ายค่าสินไหมทดแทน รถเอาประกันภัย

รถคู่อรณิ คันที่ _____ ทะเบียน _____

ทรัพย์สินคู่อรณิ รายที่ _____

ผู้บาดเจ็บ รายที่ _____

ค่ายกรถ ครั้ง _____

ค่าใช้จ่ายอื่นๆ (ระบุ) _____

ระบุขอรับค่าสินไหมโดย รับเช็ค โอนเข้าบัญชี

ธนาคาร _____ สาขา _____

เลขที่บัญชี _____ ประเภทบัญชี _____

ตามที่ท่านได้เรียกร้องค่าสินไหมทดแทน เป็นจำนวนเงิน _____ บาท (_____)

บริษัทฯ ในฐานะผู้รับประกันภัยรถยนต์ ได้พิจารณาขอใช้ค่าสินไหมทดแทนให้แก่ท่าน โดยให้ถือว่าการเจรจาเป็นที่ยุติแล้ว ดังนี้

ค่าแรง จำนวนเงิน _____ บาท (_____)

ค่าอะไหล่ จำนวนเงิน _____ บาท (_____)

ค่าสินไหม จำนวนเงิน _____ บาท (_____)

ค่าขาดประโยชน์จากการใช้รถ จำนวนเงิน _____ บาท (_____)

ค่าใช้จ่ายอื่นๆ จำนวนเงิน _____ บาท (_____)

บริษัทฯ จึงขอนัดหมายท่าน เพื่อเข้ารับค่าสินไหมฯ ในวันที่ _____ โดยมีเอกสารสำหรับยื่นประกอบ

ในวันรับค่าสินไหมทดแทน _____

ลงชื่อ _____ เจ้าหน้าที่บริษัทฯ

ลงชื่อ _____ ผู้ติดต่อ

(_____)

(_____)