



บริษัท ไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน) สาขาอยุธยา
เลขที่ 129/5 หมู่ที่ 3 ตำบลไผ่ลิง อำเภอพระนครศรีอยุธยา
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 13000
โทรศัพท์. 035-234-560-2, 02-613-0100 ต่อ 117
โทรสาร. 035-234-563

แบบสำรวจความเสียหายก่อนรับประกันภัย

เลขที่รับแจ้ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

สถานที่ตรวจสอบ.....

ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย.....

ที่อยู่ผู้เอาประกันภัย.....

รถยนต์ที่จะทำประกันภัยชื่อ.....รุ่น.....สี.....หมายเลขทะเบียน.....

จังหวัด.....เลขตัวถังรถ.....

จากการตรวจสอบของบริษัทฯ ปรากฏดังนี้ ไม่พบความเสียหาย พบความเสียหาย

1.....6.....11.....

2.....7.....12.....

3.....8.....13.....

4.....9.....14.....

5.....10.....ค่าซ่อมประมาณ.....บาท

เครื่องเสียบชื่อ.....รุ่น.....ราคาประมาณ.....บาท

อุปกรณ์เพิ่มเติม.....

ประวัติการทำประกันภัย ไม่เคย เคย

บริษัท.....จำกัด กรมธรรม์เลขที่.....

ประเภท.....หมคอาญ.....

เป็นที่เข้าใจและตกลงกันทั้งสองฝ่ายว่า ความเสียหายดังกล่าวข้างต้นจะ ไม่ได้รับความคุ้มครองภายใต้กรมธรรม์ประกันภัย
ที่จะทำขึ้น เนื่องจากความเสียหายดังกล่าว ได้เกิดขึ้นก่อนการทำสัญญาประกันภัยรถยนต์

ข้าพเจ้าผู้เอาประกันภัยรถยนต์ดังกล่าวข้างต้น ขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นถูกต้องทุกประการ

ลงชื่อผู้เอาประกันภัย.....

(.....)

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ.....

(.....)

ติดเลขตัวถังรถ