



บริษัท สยามสไมล์ ประกันภัย จำกัด (มหาชน)

89/1-5 ชั้น 1 ถนนเฉลิมพลย์ แขวงสายไหม
เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร 10220
Tels. 1434, 0-2533-3999, 0-2096-4445

SIAM SMILE INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

89/1-5 1st Floor, Chaloem Phong Road, Sai Mai Sub-district,
Sai Mai District, Bangkok, 10220
Tel. 1434, 0-2533-3999, 0-2096-4445

1434

MARINE CARGO CLAIM FORM

โปรดกรอกข้อมูลในแบบฟอร์มนี้ให้สมบูรณ์ และส่งถึง บริษัท สยามสไมล์ ประกันภัย จำกัด (มหาชน) Please complete in full the appropriate sections of this form and send to Siam Smile Insurance Public Company Limited

Claimant:	Contact person:
ผู้เรียกร้อง	ชื่อผู้ติดต่อ
Tel no.:	E-mail:
โทรศัพท์	อีเมล
Insured:	Policy/Certificate no.:
ผู้เอาประกัน	เลขที่กรมธรรม์
Invoice no.:	Interest:
เลขที่ใบกำกับสินค้า	สินค้าที่เอาประกันภัย
Bill of lading/Air Waybill no.:	
เลขที่ใบตราส่ง	
Name of Vessel / Flight No.:	Sailing Date:
ชื่อเรือ / เที่ยวบินที่	สินค้าออกเดินทางวันที่
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)	
.....	
.....	
Loss estimated (ประมาณการค่าเสียหาย)	

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

Signature of claimant Date

ลงชื่อผู้เรียกร้อง

วันที่