

ໃບແຈ້ງຄວາມເສຍຫາຍຂອງ ອັກຄີໄພ ແລະ ຄວາມຄຸ້ມຄອງໄພເພີ່ມເຕີມ FIRE & PERILS CLAIM FORM

ສັນຍາປະກັນໄພ ເລກທີ / Policy No.:	ສໍານວນການເສຍຫາຍ ເລກທີ / Claim No.:
--	--

ສໍາລັບພະນັກງານ / For Official Use

ຊື່ຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພ / Name of Insured:

ທີ່ຢູ່ / Address:

ໂທລະສັບຕັ້ງໂຕະ / Tel No.: ມືຖື / Mobile: ອີເມວ / E-mail:

<p>1. ເຫດການທີ່ໄດ້ເກີດຂຶ້ນແມ່ນແນວໃດ ແລະ ໄດ້ເກີດຂຶ້ນເມື່ອໃດ? What was the nature of the occurrence and when did it take place?</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>								
<p>2. ສະຖານທີ່ເກີດເຫດຢູ່ໃສ? At what address did it take place?</p>	<p>.....</p>								
<p>3. ຕອນເກີດເຫດ ຊັບສິນດັ່ງກ່າວນໍາໃຊ້ເພື່ອຈຸດປະສົງຫຍັງ? For what purposes was the property being used at date of occurrence?</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>								
<p>4. ຈົ່ງອະທິບາຍໂດຍຫຍໍ້ ສະພາບການເກີດອຸປະຕິເຫດ ແລະ ສາເຫດທີ່ກໍ່ໃຫ້ເກີດຄວາມເສຍຫາຍ ແລະ ສາເຫດທີ່ເຊື່ອວ່າເປັນຕົ້ນເຫດຂອງການເກີດອຸປະຕິເຫດ. Describe briefly what happened the resultant damage and state what you believe caused it to happen.</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>								
<p>5. ຊັບສິນໃນຂະນະທີ່ເກີດເຫດ ແມ່ນຊັບສິນທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນສັນຍາບໍ່? ມີອົງປະກອບການສ່ຽງໄພອື່ນໆອີກບໍ່ ເຊິ່ງບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມກັນຈາກສັນຍາ? Was the property at the time of the occurrence exactly as described in the policy? Had any element of risk been introduced which was not allowed by the policy?</p>	<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ແມ່ນ</td> <td><input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ແມ່ນ</td> <td><input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ								
<input type="checkbox"/> ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ								
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No								
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No								
<p>6. ຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພ ເປັນເຈົ້າຂອງພຽງຜູ້ດຽວໃນຊັບສິນທີ່ຖືກເສຍຫາຍບໍ່? ຖ້າບໍ່ແມ່ນ ຈົ່ງໃຫ້ລາຍລະອຽດ ກ່ຽວກັບຜູ້ຮ່ວມເປັນເຈົ້າຂອງ ໃນຊັບສິນດັ່ງກ່າວ. Is the Insured the Sole Owner of the property damaged or destroyed? If not state full particulars of any other Interest.</p>	<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ແມ່ນ / Yes</td> <td><input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ / No</td> </tr> </table> <p>.....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ / Yes	<input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ / No						
<input type="checkbox"/> ແມ່ນ / Yes	<input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ / No								
<p>7. ໃຜເປັນພະຍານໃນການສູນເສຍດັ່ງກ່າວ? ກະລຸນາຄັດຕິດຄໍາໃຫ້ການມາພ້ອມ. Who has witnessed the loss? Please enclose his statement.</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>								
<p>8. ໄດ້ມີມາດຕະການ ເພື່ອຫຼຸດຜ່ອນການເສຍຫາຍຄືແນວໃດ? What measures were taken to minimize the loss?</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>								
<p>9. ຖ້າຫາກການເສຍຫາຍເກີດຂຶ້ນຈາກໄພທໍາມະຊາດ, ກະລຸນາຄັດຕິດໃບລາຍງານຈາກອຸຕຸນິຍົມ/ການລົງຂ່າວໜັງສືພິມມາພ້ອມ. ອະທິບາຍເຫດການທີ່ເກີດຂຶ້ນ. If damage is due to the 'Act of God', then please enclose the report from the meteorological department / newspaper cuttings. Describe the incident.</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>								

FORTE TOKO

ASSURANCE

10. ໄດ້ແຈ້ງເຈົ້າໜ້າທີ່ດັບເພີງ ຫຼື ເຈົ້າໜ້າທີ່ອື່ນໆບໍ່? ຖ້າໄດ້ແຈ້ງ ກະລຸນາຄັດຕິດໃບລາຍງານຂອງເຈົ້າໜ້າທີ່ມາພ້ອມ. Has the Fire Brigade / Police been informed? If yes, please enclose the report.
11. ບອກວັນທີຂອງການເກີດເຫດ ທີ່ຄ້າຍຄືກັນໃນໄລຍະຜ່ານມາ. Give dates of any previous claims of a similar nature you have made./...../.....
12. ຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພ ແລະ ບຸກຄົນອື່ນໆ ໄດ້ມີສັນຍາປະກັນໄພ ທີ່ໃຫ້ການຄຸ້ມກັນໃນຊັບສິນດັ່ງກ່າວ ກັບບໍລິສັດປະກັນໄພອື່ນໆບໍ່? Was there at the time of the occurrence any other existing Insurance policies on the said Property, with any other Company or Insurer, whether effected by the Insured or by any other Person?	<input type="checkbox"/> ມີ / Yes <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ / No ຖ້າມີ, ກະລຸນາສະໜອງລາຍລະອຽດໃຫ້ຄົບຖ້ວນ If yes, please provide full particulars

ລາຍລະອຽດຂອງການຮຽກຮ້ອງຄວາມເສຍຫາຍ ສໍາລັບຊັບສິນທີ່ຖືກທໍາລາຍ ຫຼື ເສຍຫາຍ ພາຍໃຕ້ເງື່ອນໄຂຂອງສັນຍາປະກັນໄພ ຂອງບໍລິສັດ
Details of Claim for property destroyed or damaged as required by the conditions of the company's policies.

ລາຍການຊັບສິນທີ່ເສຍຫາຍ Description of damaged property	ມູນຄ່າຄ້າປະກັນ Amount Insured	ມູນຄ່າຈິງໃນວັນເກີດເຫດ Market value at time of loss	ມູນຄ່າຮຽກຮ້ອງທົດແທນ Claim amount

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍແຈ້ງວ່າ ຄໍາໃຫ້ການດັ່ງກ່າວມາຂ້າງເທິງນັ້ນເປັນຄວາມຈິງ ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ແຈ້ງຕາມຄວາມຮັບຮູ້ ແລະ ຄວາມເຊື່ອຂອງຂ້າພະເຈົ້າທຸກປະການ.
I/We hereby declare that the above statements are true and made to the best of my/our knowledge and belief.

ວັນທີ / Date: _____ / _____ / _____

_____ ລາຍເຊັນຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພ / Signature of Insured
ປະທັບຕາ (ຖ້າເປັນບໍລິສັດ) / Seal (in case of a company)