

ໃບແຈ້ງອຸປະຕິເຫດ
MOTOR ACCIDENT FORM

ວັນທີ/Date of accident/...../.....	ເວລາ/Time	ສະຖານທີ່ເກີດເຫດ/Place of accident	ເລກທີ/Claim No.
---	--------------------	--	--------------------------

ຍານພາຫະນະ ກ / VEHICLE A	ຍານພາຫະນະ ຂ / VEHICLE B
<p><input type="checkbox"/> ບໍ່ມີປະກັນໄພ Not insured</p>	<p><input type="checkbox"/> ມີປະກັນໄພ Insured with: <input type="text"/></p>
ຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພ / Insured ຊື່ແລະນາມສະກຸນ/Name and Surname:..... ທີ່ຢູ່/Address:..... ໂທລະສັບ/Tel:..... ລະຫັດລູກຄ້າ/Client No.:..... ໃບປະກັນໄພເລກທີ/Policy No.:..... ໃບຢັ້ງຢືນເລກທີ/Certificate No.:..... ວັນທີ່ຄຸ້ມກັນ/Date of Cover:...../...../..... ຫາ/To:...../...../..... ການຄຸ້ມກັນ/The Coverage:.....	ຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພ / Insured ຊື່ແລະນາມສະກຸນ/Name and Surname:..... ທີ່ຢູ່/Address:..... ໂທລະສັບ/Tel:..... ລະຫັດລູກຄ້າ/Client No.:..... ໃບປະກັນໄພເລກທີ/Policy No.:..... ໃບຢັ້ງຢືນເລກທີ/Certificate No.:..... ວັນທີ່ຄຸ້ມກັນ/Date of Cover:...../...../..... ຫາ/To:...../...../..... ການຄຸ້ມກັນ/The Coverage:.....
ຍານພາຫະນະ / Vehicle ປ້າຍລົດ/Plate No.:..... ຍີ່ຫໍ້/Make:..... ໃບທະບຽນເລກທີ/Car License No.:..... ເລກຈັກ/Engine No.:..... ເລກຖັງ/Chassis No.:.....	ຍານພາຫະນະ / Vehicle ປ້າຍລົດ/Plate No.:..... ຍີ່ຫໍ້/Make:..... ໃບທະບຽນເລກທີ/Car License No.:..... ເລກຈັກ/Engine No.:..... ເລກຖັງ/Chassis No.:.....
ຜູ້ຂັບຂີ່ / Driver ຊື່ແລະນາມສະກຸນ/Name and Surname:..... ວັນເດືອນປີເກີດ/Date of birth:..... ໂທລະສັບ/Tel:..... ທີ່ຢູ່/Address:..... ໃບຂັບຂີ່ເລກທີ/Driver License No.:..... ລົງວັນທີ/Issue Date:..... ວັນໝົດອາຍຸ/Expiry Date:..... ປະເພດໃບຂັບຂີ່/Category: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	ຜູ້ຂັບຂີ່ / Driver ຊື່ແລະນາມສະກຸນ/Name and Surname:..... ວັນເດືອນປີເກີດ/Date of birth:..... ໂທລະສັບ/Tel:..... ທີ່ຢູ່/Address:..... ໃບຂັບຂີ່ເລກທີ/Driver License No.:..... ລົງວັນທີ/Issue Date:..... ວັນໝົດອາຍຸ/Expiry Date:..... ປະເພດໃບຂັບຂີ່/Category: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E
ຄວາມເສຍຫາຍ / Damage 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8.	ຄວາມເສຍຫາຍ / Damage 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8.

