



บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน)

97 และ 99 อาคารเทเวศประกันภัย ถนนราชดำเนินกลาง แขวงบวรนิเวศ เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200

สายด่วน 1291 โทร. 0 2080 1599 โทรสาร. 0 2280 0399

E-mail: dvsins@deves.co.th, www.deves.co.th ช่องทาง Facebook, Line: @devesinsurance

2080024028950



2080024028950

ทะเบียนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107537002478						ชำระอากรแล้ว / Stamp Duty Paid F-UW-MT-011	
รหัสบริษัท Company Code		DVS [1]		ตารางกรมธรรม์ประกันภัยรถยนต์ Motor insurance Schedule		CO	
กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ Policy No.		2080024028950 / เลขทะเบียน (สนย7561 กท)		อาณาเขตคุ้มครอง Territorial Limit Covered		ประเทศไทย Thailand	
ชื่อผู้เอาประกันภัย The Insured		ชื่อ Name คุณชญาธิศา ตั้งโชติสกุล ที่อยู่ Address 41 หมู่ 1 ตำบลหนองบัว อำเภอเมืองอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี 41000		อาชีพ Occupation		ไม่ระบุ	
ผู้ขับขี่ 1 Driver 1		ไม่ระบุผู้ขับขี่ Unnamed Driver		วัน/เดือน/ปีเกิด Date of Birth		อาชีพ Occupation	
ผู้ขับขี่ 2 Driver 2				วัน/เดือน/ปีเกิด Date of Birth		อาชีพ Occupation	
ผู้รับประโยชน์ Beneficiary							
ระยะเวลาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ 31 พฤษภาคม 2566 สิ้นสุดวันที่ 31 พฤษภาคม 2567 เวลา 16.30 น. Period Insured From To At 16.30 hours							
รายการรถยนต์ที่เอาประกันภัย กรมธรรม์ฉบับนี้ได้มีการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขตามคำสัญญาทะเบียนเลขที่ 11/2560 ลว. 16 มี.ค. 2560 จากเดิม ปริมาณแอลกอฮอล์ 150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ แก้ไขเป็น 50 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ Particulars of Motor Vehicle							
ลำดับ No	รหัส Code	ชื่อรถยนต์/รุ่น Make/Model	เลขทะเบียน License No.	เลขตัวถัง Chassis No.	ปีรุ่น Model Year	แบบตัวถัง Body Type	จำนวนที่นั่ง/ขนาด/น้ำหนัก No of Seats/Displacement/GVW
1	210	TOYOTA COMMUTER	สนย7561 กท	MMKST22P805113391	2017	รถตู้นั่งสี่ตอน	12 / - / -
จำนวนเงินเอาประกันภัย : กรมธรรม์ประกันภัยนี้ให้การคุ้มครองเฉพาะข้อตกลงคุ้มครองที่มีจำนวนเงินเอาประกันภัยระบุไว้เท่านั้น Limit of Liability: This policy affords coverages only with respect to those coverage agreements for which a limit of liability is shown.							
ความรับผิดชอบบุคคลภายนอก Third Party Liability		รถยนต์เสียหาย สูญหาย ไฟไหม้ Loss of or damage to insured vehicle caused by Fire and/or Theft			ความคุ้มครองตามเอกสารแนบท้าย Coverage as per endorsement		
1) ความเสียหายต่อชีวิต ร่างกาย หรืออนามัย เฉพาะส่วนเกินวงเงินสูงสุดตาม พ.ร.บ. Loss of Life or Bodily Injury in the excess of Compulsory 500,000 บาท/คน Baht/Person 10,000,000 บาท/ครั้ง Baht/Accident		1) ความเสียหายต่อรถยนต์ Damage to Motor Vehicle 600,000 บาท/ครั้ง Baht/Accident 1.1 ความเสียหายส่วนแรก Deductible 2) รถยนต์สูญหาย/ไฟไหม้ Loss of or damage to insured vehicle caused by Fire and/or Theft 600,000 บาท Baht			1) อุบัติเหตุส่วนบุคคล Personal Accident 1.1 เสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง Loss of Life, Dismemberment, Total Permanent Disability ก) ผู้ขับขี่ 1 คน Driver 1 Person 100,000 บาท Baht ข) ผู้โดยสาร 1 คน Passenger Person(s) 100,000 บาท/คน Baht/Person 1.2 ทุพพลภาพชั่วคราว Temporary Disability ก) ผู้ขับขี่ 1 คน Driver 1 Person บาท/สัปดาห์ Baht/Week ข) ผู้โดยสาร 1 คน Passenger Person(s) บาท/คน/สัปดาห์ Baht/Person/Week 2) ค่ารักษาพยาบาล Medical expenses 100,000 บาท/คน Baht/Person 3) การประกันตัวผู้ขับขี่ Bail Bond 300,000 บาท/ครั้ง Baht/Accident		
2) ความเสียหายต่อทรัพย์สิน Damage to property 1,000,000 บาท/ครั้ง Baht/Accident 2.1 ความเสียหายส่วนแรก Deductible บาท/ครั้ง Baht/Accident		ไม่รวม พ.ร.บ.					
เบี้ยประกันภัยตามความคุ้มครองหลัก Premium as main coverage (เบี้ยประกันภัยนี้ได้หักส่วนลดกรณีระบุชื่อผู้ขับขี่ This premium has been deducted in case of specification of driver		26,588.00 บาท Baht บาท/แล้ว) Baht			เบี้ยประกันภัยตามเอกสารแนบท้าย Premium as per endorsement 174.00 บาท Baht		
ส่วนลด Deduction	ความเสียหายส่วนแรก Deductible	บาท Baht	ส่วนลดกลุ่ม Fleet Discount	บาท Baht	ประวัติดี Good Experience 5,352.00 บาท Baht	อื่น ๆ Others	บาท รวมส่วนลด Baht Total Deduction 5,352.00 บาท Baht
ส่วนเพิ่ม Addition	ประวัติเพิ่ม Bad Experience						บาท Baht
เบี้ยประกันภัยสุทธิ Net Premium		อากรแสตมป์ Stamp Duty		ภาษีมูลค่าเพิ่ม VAT		รวม Total	
21,410.00		86.00		1,504.72		23,000.72	
รายการเอกสารแนบท้ายที่แนบ : รย.01, รย.02, รย.03, รย.30 Endorsement Attached							
การใช้รถยนต์ : ใช้ส่วนบุคคล ไม่ใช้รับจ้างหรือให้เช่า Use of Motor Vehicle							
☐ การประกันภัยโดยตรง Direct Insurance		☐ ตัวแทนประกันภัยรายนี้ Agent		☒ นายหน้าประกันภัยรายนี้ Broker		ใบอนุญาตเลขที่ License No. 5904025912	

วันที่ทำสัญญาประกันภัย/Agreement made on : 31 พฤษภาคม 2566

วันที่ทำกรมธรรม์ประกันภัย/Policy issued on : 31 พฤษภาคม 2566

เพื่อเป็นหลักฐาน บริษัท โดยบุคคลผู้มีอำนาจ ได้ลงลายมือชื่อและประทับตราของ บริษัท ไว้เป็นสำคัญ ณ สำนักงานของบริษัท
As evidence the company has caused this policy to be signed by duly authorized persons and the company's stamp to be affixed at its office.

กรรมการ/Director

กรรมการผู้จัดการ/Director

ผู้รับมอบอำนาจ/Authorized Signature

"เอกสารแนบท้าย ข้อตกลงประกันภัยและการก่อการร้าย"

ผู้ตรวจ

ผู้พิมพ์ สถิตินา 31/05/2023 10:29:44

Rev.1:15/09/2020



บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน)

97 และ 99 อาคารเทเวศประกันภัย ถนนราชดำเนินกลาง แขวงบวรนิเวศ เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200

สายด่วน 1291 โทร. 0 2080 1599 โทรสาร. 0 2280 0399

E-mail: dvsins@deves.co.th, www.deves.co.th ช่องทาง Facebook, Line: @devesinsurance

คุ้มครองเงินต้น

2080024028950



2080024028950

ทะเบียนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107537002478				ชำระอากรแล้ว / Stamp Duty Paid F-UW-MT-011			
รหัสบริษัท Company Code		DVS [1]		สำเนาตารางกรมธรรม์ประกันภัยรถยนต์ Motor insurance Schedule Copy		CO	
กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ Policy No.		2080024028950 / เลขทะเบียน (สย7561 กท)		อาณาเขตคุ้มครอง Territorial Limit Covered		ประเทศไทย Thailand	
ชื่อผู้เอาประกันภัย The Insured		ชื่อ Name คุณชญาธิศา ตั้งโชติสกุล ที่อยู่ Address 41 หมู่ 1 ตำบลหนองบัว อำเภอเมืองอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี 41000		อาชีพ Occupation		ไม่ระบุ	
ผู้ขับขี่ 1 Driver 1		ไม่ระบุผู้ขับขี่ Unnamed Driver		วัน/เดือน/ปีเกิด Date of Birth		อาชีพ Occupation	
ผู้ขับขี่ 2 Driver 2				วัน/เดือน/ปีเกิด Date of Birth		อาชีพ Occupation	
ผู้รับประโยชน์ Beneficiary							
ระยะเวลาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ 31 พฤษภาคม 2566 สิ้นสุดวันที่ 31 พฤษภาคม 2567 เวลา 16.30 น. Period Insured From To At 16.30 hours							
รายการรถยนต์ที่เอาประกันภัย Particulars of Motor Vehicle							
กรมธรรม์ฉบับนี้ได้มีการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขตามคำสัญญาทะเบียนเลขที่ 11/2560 ลว. 16 มี.ค. 2560 จากเดิม ปริมาณแอลกอฮอล์ 150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ แก้ไขเป็น 50 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์							
ลำดับ No	รหัส Code	ชื่อรถยนต์/รุ่น Make/Model	เลขทะเบียน License No.	เลขตัวถัง Chassis No.	ปีรุ่น Model Year	แบบตัวถัง Body Type	จำนวนที่นั่ง/ขนาด/น้ำหนัก No of Seats/Displacement/GVW
1	210	TOYOTA COMMUTER	สย7561 กท	MMKST22P805113391	2017	รถตู้นั่งสี่ตอน	12 / - / -
จำนวนเงินเอาประกันภัย : กรมธรรม์ประกันภัยนี้ให้การคุ้มครองเฉพาะข้อตกลงคุ้มครองที่มีจำนวนเงินเอาประกันภัยระบุไว้เท่านั้น Limit of Liability: This policy affords coverages only with respect to those coverage agreements for which a limit of liability is shown.							
ความรับผิดชอบบุคคลภายนอก Third Party Liability		รถยนต์เสียหาย สูญหาย ไฟไหม้ Loss of or damage to insured vehicle caused by Fire and/or Theft			ความคุ้มครองตามเอกสารแนบท้าย Coverage as per endorsement		
1) ความเสียหายต่อชีวิต ร่างกาย หรืออนามัย เฉพาะส่วนเกินวงเงินสูงสุดตาม พ.ร.บ. Loss of Life or Bodily Injury in the excess of Compulsory		1) ความเสียหายต่อรถยนต์ Damage to Motor Vehicle			1) อุบัติเหตุส่วนบุคคล Personal Accident		
500,000 บาท/คน Baht/Person		600,000 บาท/ครั้ง Baht/Accident			1.1 เสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง Loss of Life, Dismemberment, Total Permanent Disability		
10,000,000 บาท/ครั้ง Baht/Accident		1.1 ความเสียหายส่วนแรก Deductible			ก) ผู้ขับขี่ 1 คน Driver 1 Person 100,000 บาท Baht		
2) ความเสียหายต่อทรัพย์สิน Damage to property		2) รถยนต์สูญหาย/ไฟไหม้ Loss of or damage to insured vehicle caused by Fire and/or Theft			ข) ผู้โดยสาร 1 คน Passenger Person(s) 100,000 บาท/คน Baht/Person		
1,000,000 บาท/ครั้ง Baht/Accident		600,000 บาท Baht			1.2 ทุพพลภาพชั่วคราว Temporary Disability		
2.1 ความเสียหายส่วนแรก Deductible		ไม่รวม พ.ร.บ.			ก) ผู้ขับขี่ 1 คน Driver 1 Person บาท/สัปดาห์ Baht/Week		
บาท/ครั้ง Baht/Accident					ข) ผู้โดยสาร 1 คน Passenger Person(s) บาท/คน/สัปดาห์ Baht/Person/Week		
					2) ค่ารักษาพยาบาล Medical expenses 100,000 บาท/คน Baht/Person		
					3) การประกันตัวผู้ขับขี่ Bail Bond 300,000 บาท/ครั้ง Baht/Accident		
เบี้ยประกันภัยตามความคุ้มครองหลัก Premium as main coverage		26,588.00 บาท Baht			เบี้ยประกันภัยตามเอกสารแนบท้าย Premium as per endorsement 174.00 บาท Baht		
(เบี้ยประกันภัยนี้ได้หักส่วนลดกรณีระบุชื่อผู้ขับขี่ This premium has been deducted in case of specification of driver		บาทแล้ว Baht					
ส่วนลด Deduction	ความเสียหายส่วนแรก Deductible	บาท ส่วนลดกลุ่ม Baht Fleet Discount	บาท ประวัติดี Baht Good Experience	บาท ประวัติดี Baht Good Experience	บาท อื่น ๆ Baht Others	บาท รวมส่วนลด Baht Total Deduction	บาท Baht
ส่วนเพิ่ม Addition	ประวัติเพิ่ม Bad Experience						บาท Baht
เบี้ยประกันภัยสุทธิ Net Premium		อากรแสตมป์ Stamp Duty		ภาษีมูลค่าเพิ่ม VAT		รวม Total	
21,410.00		86.00		1,504.72		23,000.72	
รายการเอกสารแนบท้ายที่แนบ : รย.01, รย.02, รย.03, รย.30 Endorsement Attached							
การใช้รถยนต์ : ใช้ส่วนบุคคล ไม่ใช้รับจ้างหรือให้เช่า Use of Motor Vehicle							
☐ การประกันภัยโดยตรง Direct Insurance ☐ ตัวแทนประกันภัยรายอื่น Agent ☒ นายหน้าประกันภัยรายอื่น Broker ☐ วัตถุประสงค์การเช่า Rent License No. 5904025912							

วันที่ทำสัญญาประกันภัย/Agreement made on : 31 พฤษภาคม 2566

วันที่ทำกรมธรรม์ประกันภัย/Policy issued on : 31 พฤษภาคม 2566

เพื่อเป็นหลักฐาน บริษัทโดยบุคคลผู้มีอำนาจได้ลงลายมือชื่อและประทับตราของบริษัทไว้เป็นสำคัญ ณ สำนักงานของบริษัท
As evidence the company has caused this policy to be signed by duly authorized persons and the company's stamp to be affixed at its office.

กรรมการ/Director

กรรมการผู้จัดการ/Director

ผู้รับมอบอำนาจ/Authorized Signature

"เอกสารแนบท้าย ข้อตกลงประกันภัยและการก่อการร้าย"

ผู้ตรวจ

ผู้พิมพ์ สถิตินา กุดัน 31/05/2023 10:29:44

Rev.1:15.09.2020



บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน)

97 และ 99 อาคารเทเวศประกันภัย ถนนราชดำเนินกลาง แขวงบวรนิเวศ เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200

สายด่วน 1291 โทร. 0 2080 1599 โทรสาร. 0 2280 0399

E-mail: dvsins@deves.co.th, www.deves.co.th ช่องทาง Facebook, Line: @devesinsurance

เลขที่ 2080024028950

วันที่ 31/05/2023

คุ้มครองเงินประกัน

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107537002478 สำนักงานใหญ่		ใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษี Receipt/Tax Invoice	
ชื่อและที่อยู่ผู้เอาประกันภัย		เบี้ยประกันภัย	21,410.00 บาท
คุณชญาณิสรา ตั้งโชคิสกุล 41 หมู่ 1 ตำบลหนองบัว อำเภอเมืองอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี 41000 อาชีพ ไม่ระบุ		อากรแสตมป์	86.00 บาท
		รวมเงิน	21,496.00 บาท
		ภาษีมูลค่าเพิ่ม	1,504.72 บาท
		รวมเป็นเงิน	23,000.72 บาท
กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ 2080024028950		เลขประจำตัวประชาชน 3410300286458	
รหัส	ชื่อรถยนต์	เลขทะเบียน	เลขตัวถัง
210	TOYOTA COMMUTER	ชม7561 กท	MMKST22P805113391
จำนวนที่นั่ง/ขนาด/น้ำหนัก 12 / - / -			
ระยะเวลาเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ 31 พฤษภาคม 2566 สิ้นสุดวันที่ 31 พฤษภาคม 2567 เวลา 16.30 น.			
ประเภทการประกันภัย ☐ พ.ร.บ. ☒ ประเภท 1 ☐ ประเภท 2 ☐ ประเภท 3 ☐			
จำนวนเงินเอาประกันภัย 600,000 บาท (รถยนต์รวมอุปกรณ์ตกแต่งเพิ่มเติม)			
อุปกรณ์ตกแต่งเพิ่มเติม ราคา บาท			
☒ ไม่ระบุชื่อผู้ขับขี่			
☐ ระบุชื่อผู้ขับขี่ 1) วัน เดือน ปี เกิด อาชีพ เลขประจำตัวประชาชน			
2) วัน เดือน ปี เกิด อาชีพ เลขประจำตัวประชาชน			
การใช้รถยนต์ ใช้ส่วนบุคคล ไม่ใช้รับจ้างหรือให้เช่า วันที่สัญญาประกันภัย 31 พฤษภาคม 2566			

เพื่อเป็นการตอบแทนเบี้ยประกันภัยที่ผู้เอาประกันภัยได้ชำระตามจำนวนข้างต้น บริษัทตกลงให้ความคุ้มครองผู้เอาประกันภัย โดยมีรายละเอียดความคุ้มครอง เงื่อนไข ข้อยกเว้นตามกรมธรรม์ประกันภัย
กรณีอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ส่งหนังสือรับรองภาษีหัก ณ ที่จ่าย 1 % ออกในนามบริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน) พร้อมกับหลักฐานการชำระเงินยังฝ่ายบัญชีและการเงิน

ชำระโดย ☐ เงินสด ☐ โอนเงิน ☐ บัตรเครดิต ☐ เช็คเลขที่ ธนาคาร ลงวันที่

..... 31/05/2023

กรรมการ

กรรมการ

ผู้รับเงิน

วันที่รับเงิน

ติดตามรอยปรุ



บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน)

97 และ 99 อาคารเทเวศประกันภัย ถนนราชดำเนินกลาง แขวงบวรนิเวศ เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200

สายด่วน 1291 โทร. 0 2080 1599 โทรสาร. 0 2280 0399

E-mail: dvsins@deves.co.th, www.deves.co.th ช่องทาง Facebook, Line: @devesinsurance

เลขที่ 2080024028950

วันที่ 31/05/2023

คุ้มครองเงินประกัน

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107537002478 สำนักงานใหญ่		สำเนาใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษี Receipt Copy/Tax Invoice	
ชื่อและที่อยู่ผู้เอาประกันภัย		เบี้ยประกันภัย	21,410.00 บาท
คุณชญาณิสรา ตั้งโชคิสกุล 41 หมู่ 1 ตำบลหนองบัว อำเภอเมืองอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี 41000 อาชีพ ไม่ระบุ		อากรแสตมป์	86.00 บาท
		รวมเงิน	21,496.00 บาท
		ภาษีมูลค่าเพิ่ม	1,504.72 บาท
		รวมเป็นเงิน	23,000.72 บาท
กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ 2080024028950		เลขประจำตัวประชาชน 3410300286458	
รหัส	ชื่อรถยนต์	เลขทะเบียน	เลขตัวถัง
210	TOYOTA COMMUTER	ชม7561 กท	MMKST22P805113391
จำนวนที่นั่ง/ขนาด/น้ำหนัก 12 / - / -			
ระยะเวลาเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ 31 พฤษภาคม 2566 สิ้นสุดวันที่ 31 พฤษภาคม 2567 เวลา 16.30 น.			
ประเภทการประกันภัย ☐ พ.ร.บ. ☒ ประเภท 1 ☐ ประเภท 2 ☐ ประเภท 3 ☐			
จำนวนเงินเอาประกันภัย 600,000 บาท (รถยนต์รวมอุปกรณ์ตกแต่งเพิ่มเติม)			
อุปกรณ์ตกแต่งเพิ่มเติม ราคา บาท			
☒ ไม่ระบุชื่อผู้ขับขี่			
☐ ระบุชื่อผู้ขับขี่ 1) วัน เดือน ปี เกิด อาชีพ เลขประจำตัวประชาชน			
2) วัน เดือน ปี เกิด อาชีพ เลขประจำตัวประชาชน			
การใช้รถยนต์ ใช้ส่วนบุคคล ไม่ใช้รับจ้างหรือให้เช่า วันที่สัญญาประกันภัย 31 พฤษภาคม 2566			

เพื่อเป็นการตอบแทนเบี้ยประกันภัยที่ผู้เอาประกันภัยได้ชำระตามจำนวนข้างต้น บริษัทตกลงให้ความคุ้มครองผู้เอาประกันภัย โดยมีรายละเอียดความคุ้มครอง เงื่อนไข ข้อยกเว้นตามกรมธรรม์ประกันภัย
กรณีอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ส่งหนังสือรับรองภาษีหัก ณ ที่จ่าย 1 % ออกในนามบริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน) พร้อมกับหลักฐานการชำระเงินยังฝ่ายบัญชีและการเงิน

ชำระโดย ☐ เงินสด ☐ โอนเงิน ☐ บัตรเครดิต ☐ เช็คเลขที่ ธนาคาร ลงวันที่

..... 31/05/2023

กรรมการ

กรรมการ

ผู้รับเงิน

วันที่รับเงิน



บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน)

97 และ 99 อาคารเทเวศประกันภัย ถนนราชดำเนินกลาง แขวงบวรนิเวศ เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200

สายด่วน 1291 โทร. 0 2080 1599 โทรสาร. 0 2280 0399

E-mail: dvsins@deves.co.th, www.deves.co.th ช่องทาง Facebook, Line: @devesinsurance



ผู้สมัครรับเบี้ยประกัน

ทะเบียนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107537002478

เอกสารชนแล้วแยก (Knock for Knock Form)

เมื่อเกิดอุบัติเหตุ โปรดกรอกเอกสารฉบับนี้ แล้วแลกกับคู่กรณีที่มีเอกสารแบบเดียวกัน และแยกย้ายออกจากที่เกิดเหตุ โดยไม่ต้องรอเจ้าหน้าที่บริษัทประกันภัย
In case of accident, please fill in this document and exchange with other party(ies) then all parties could separate without having to wait for a surveyor from insurance company.

ชื่อผู้เอาประกันภัย : คุณชญาธิศา ตั้งโชคสกุล Insured Name	กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ : 2080024028950 Policy No.	เอกสารนี้ใช้ได้ถึง : 31 พฤษภาคม 2567 This document is valid until
ที่อยู่ : 41 หมู่ 1 Address : ตำบลหนองบัว อำเภอเมืองอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี 41000	ยี่ห้อรถ : TOYOTA COMMUTER Make :	ทะเบียนรถ : สข7561 กท Car Register No.
สำหรับผู้ขับขี่รถชนข้อความ Insured Vehicle's Driver fill in this part.		
ข้าพเจ้า..... I am (Name)	ผู้ขับขี่รถประกันภัย The driver of insured vehicle	โทรศัพท์..... Telephone
ชนรถชนกับคู่กรณี ทะเบียน..... My car collide with third party car's registered No.	วันที่เกิดเหตุ / / เวลา..... น. Date of accident (Date) (Month) (Year) at (Time) Hrs.	
	ข้าพเจ้าเป็นฝ่าย ☐ ถูก ☐ ผิด ☐ ประมาททั้ง 2 ฝ่าย For this accident, I am not at fault at fault both parties are at fault	
โปรดแลกเอกสารนี้กับคู่กรณี และนำไปติดต่อบริษัทประกันภัยของท่าน ลงชื่อ ผู้ขับขี่รถประกันภัย Please exchange this document with the other party and present the same to your insurance company. (Signature of Insured Vehicle's Driver)		

ฝึกตามรอยปรู



บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน)

97 และ 99 อาคารเทเวศประกันภัย ถนนราชดำเนินกลาง แขวงบวรนิเวศ เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200

สายด่วน 1291 โทร. 0 2080 1599 โทรสาร. 0 2280 0399

E-mail: dvsins@deves.co.th, www.deves.co.th ช่องทาง Facebook, Line: @devesinsurance



ผู้สมัครรับเบี้ยประกัน

ทะเบียนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107537002478

เอกสารชนแล้วแยก (Knock for Knock Form)

เมื่อเกิดอุบัติเหตุ โปรดกรอกเอกสารฉบับนี้ แล้วแลกกับคู่กรณีที่มีเอกสารแบบเดียวกัน และแยกย้ายออกจากที่เกิดเหตุ โดยไม่ต้องรอเจ้าหน้าที่บริษัทประกันภัย
In case of accident, please fill in this document and exchange with other party(ies) then all parties could separate without having to wait for a surveyor from insurance company.

ชื่อผู้เอาประกันภัย : คุณชญาธิศา ตั้งโชคสกุล Insured Name	กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ : 2080024028950 Policy No.	เอกสารนี้ใช้ได้ถึง : 31 พฤษภาคม 2567 This document is valid until
ที่อยู่ : 41 หมู่ 1 Address : ตำบลหนองบัว อำเภอเมืองอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี 41000	ยี่ห้อรถ : TOYOTA COMMUTER Make :	ทะเบียนรถ : สข7561 กท Car Register No.
สำหรับผู้ขับขี่รถชนข้อความ Insured Vehicle's Driver fill in this part.		
ข้าพเจ้า..... I am (Name)	ผู้ขับขี่รถประกันภัย The driver of insured vehicle	โทรศัพท์..... Telephone
ชนรถชนกับคู่กรณี ทะเบียน..... My car collide with third party car's registered No.	วันที่เกิดเหตุ / / เวลา..... น. Date of accident (Date) (Month) (Year) at (Time) Hrs.	
	ข้าพเจ้าเป็นฝ่าย ☐ ถูก ☐ ผิด ☐ ประมาททั้ง 2 ฝ่าย For this accident, I am not at fault at fault both parties are at fault	
โปรดแลกเอกสารนี้กับคู่กรณี และนำไปติดต่อบริษัทประกันภัยของท่าน ลงชื่อ ผู้ขับขี่รถประกันภัย Please exchange this document with the other party and present the same to your insurance company. (Signature of Insured Vehicle's Driver)		

(ใช้ได้ครั้งละ 1 ใบ)