



วิริยะประกันภัย
THE VIRIYAH INSURANCE

บริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด (มหาชน) สาขาบางพลัด 84/1 อาคารวิริยะพาร์ค โฮลดิ้งส์ ถนนจรัญสนิทวงศ์ แขวงบางพลัด เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร 10700 โทร.0 2129 8888 www.viriyah.co.th ทะเบียนเลขที่ 0107555000139

การประกันภัยอุบัติเหตุวิริยะอุ้มใจ แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนอุบัติเหตุสำหรับนักศึกษา

ชื่อสถานศึกษา.....กรมธรรม์เลขที่.....เลขรับแจ้งที่.....
ชื่อ-นามสกุลผู้บาดเจ็บ / ผู้เรียกร้อง.....อายุ.....ปี ศึกษาอยู่ชั้นปีที่.....
ห้อง.....รหัสประจำตัว.....ภาควิชา/คณะ.....วิชาเอก.....
ที่อยู่ปัจจุบัน.....โทร.....
กรณีเร่งด่วนติดต่อผู้ปกครองชื่อ.....โทร.....มือถือ.....
สถานที่เกิดเหตุ.....
วันที่เกิดเหตุ.....เวลา.....น. ลักษณะการเกิดอุบัติเหตุและอาการที่ได้รับบาดเจ็บพอสังเขป.....
.....
.....

ข้าพเจ้าในฐานะผู้บาดเจ็บ / ผู้เรียกร้อง / หรือผู้กระทำการแทน

- ☐ ได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลจาก บริษัทผู้รับประกันภัยอื่น หรือสวัสดิการอื่นๆ แล้ว
จากบริษัทประกันภัยอื่น / สวัสดิการอื่นๆ.....ตามกรมธรรม์เลขที่.....
เลขเคลมที่.....เป็นเงิน.....บาท (.....)
- ☐ ไม่ได้ใช้สิทธิ เพราะ.....

ชื่อสถานพยาบาลที่ทำการรักษา.....
จำนวนค่ารักษาพยาบาล / ค่าทดแทน ที่เรียกร้อง.....บาท (.....)

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือพยาบาล ที่ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้าทั้งในอดีตและปัจจุบันเปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการรักษาทั้งหมด
แก่บริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด (มหาชน) จึ่งขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ประทับตราสถานศึกษา) ลงชื่อ.....ผู้บาดเจ็บ / ผู้เรียกร้อง / ผู้กระทำการแทน
(.....)
วันที่.....

สำหรับแพทย์ผู้ตรวจรักษา ตรวจรักษาวันที่.....เวลา.....น. ชื่อสถานพยาบาลที่ตรวจรักษา..... ชื่อ-นามสกุลผู้บาดเจ็บ..... การวินิจฉัยโรคมีความเห็นว่า..... (ประทับตราสถานพยาบาล) ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจรักษา (.....) ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....วันที่ลงความเห็น.....	บันทึกรับเงินค่าทดแทน วันที่..... ข้าพเจ้าในฐานะผู้บาดเจ็บ/ผู้เรียกร้องตามที่ระบุไว้ ได้รับเงินค่าทดแทนจำนวน.....บาท (.....) จาก..... ไว้ถูกต้องครบถ้วนเรียบร้อยแล้ว ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน (.....)
--	--