วิริยะประกันภัย
VIRIYAH INSURANCE

ความเป็นธรรม คือ ของขวัญ

บริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด (มหาชน) 121/28, 121/65 อาคารอาร์ เอส ทาวเวอร์ ถนนรัชดาภิเษก แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร 10400 โทร 0-2129-8888 โทรสาร 0-2641-3217 www.viriyah.co.th

แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันอุบัติเหตุและประกันสุขภาพ

ประเภทกรมธรรม์ ☐ ประกันภัยอุบัติเหตุ ☐ ประกันภัยสุขภาพ

ประเภทสินไหม ☐ เสียชีวิต ☐ ทุพพลภาพ/สูญเสียอวัยวะ ☐ ค่ารักษาพยาบาล ☐ ค่าชดเชย

รายละเอียดผู้เอาประกันภัย

ชื่อ-สกุล ..... เลขที่บัตรประชาชน .....

เลขที่กรมธรรม์ ..... โทรศัพท์ .....

ที่อยู่ที่ติดต่อสะดวก .....

รายละเอียดการบาดเจ็บ / เจ็บป่วย

กรณีอุบัติเหตุ

วันที่เกิดอุบัติเหตุ ..... เวลา ..... สถานที่ .....

รายละเอียดการเกิดเหตุ .....

อาการบาดเจ็บ / อวัยวะที่บาดเจ็บ .....

มีการแจ้งความหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี สถานีตำรวจ .....

กรณีเจ็บป่วย

อาการเจ็บป่วย .....

ท่านเคยได้รับการรักษาจากโรคหรือได้รับการวินิจฉัยด้วยสาเหตุอาการเดียวกันหรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุสถานพยาบาล ..... เมื่อวันที่ .....

ท่านได้มีการเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลกับบริษัทประกัน / สวัสดิการอื่นหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ .....

การรักษาพยาบาล

สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา .....

รับการรักษาแบบ ☐ ผู้ป่วยนอก วันที่รักษา .....

☐ ผู้ป่วยใน จากวันที่ ..... ถึงวันที่ .....

วิธีการรับค่าสินไหมทดแทน

☐ เช็ค จ่ายในนาม .....

☐ มารับด้วยตนเอง ☐ ส่งตามที่อยู่ .....

☐ โอนเงิน ชื่อบัญชี ..... ธนาคาร .....

สาขา ..... เลขที่บัญชี .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์กร สถาบัน หรือบุคคลใดที่มีการบันทึกเรื่องราว การเจ็บป่วยหรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าเปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่ บริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่า มีผลบังคับได้สมบูรณ์ตามกฎหมาย

ลงชื่อ ..... ผู้เอาประกันภัย / ผู้รับประโยชน์ / ทายาท

(.....)

วันที่ .....