



โครงการรับประกันภัยอุบัติเหตุวิริยะอุ่นใจ

121/28, 121/65 อาคารอาร์ เอส ทาวเวอร์ ชั้น 30 ถนนรัชดาภิเษก แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพฯ 10400 โทร. 0-2641-3500-79

แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนอุบัติเหตุสำหรับสถานศึกษา

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 ที่ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้าทั้งในอดีตและปัจจุบันเปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการรักษาทั้งหมดแก่
 บริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด (มหาชน) จึงขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

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

สำหรับแพทย์ผู้ตรวจรักษา ตรวจรักษาวันที่.....เวลา.....น.
 ชื่อสถานพยาบาลที่ตรวจรักษา.....
 ชื่อ-นามสกุลผู้บาดเจ็บ.....
 การวินิจฉัยโรคมีความเห็นว่า.....
 (ประทับตราสถานพยาบาล) ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจรักษา
 (.....)
 ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....วันที่ลงความเห็น.....

วันที่รับเงินค่าทดแทน
 วันที่.....
 ข้าพเจ้าในฐานะผู้บาดเจ็บ/ผู้เรียกร้องตามที่ระบุไว้
 ได้รับเงินค่าทดแทนจำนวน.....บาท
 (.....)
 จาก.....
 ไว้ถูกต้องครบถ้วนเรียบร้อยแล้ว
 ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน
 (.....)