



วิริยะประกันภัย
THE VIRIYAH INSURANCE

บริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด (มหาชน) 121/28, 121/65 อาคารอาร์ เอส ทาวเวอร์ ถนนรัชดาภิเษก แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร 10400 โทร. 0 2129 8888 www.viriyah.co.th ทะเบียนเลขที่ 010755000139

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 ที่ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้าทั้งในอดีตและปัจจุบันเปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการรักษาทั้งหมด
 แก่บริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด (มหาชน) จึงขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(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 (.....)
---	--