



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 0107555000139

ใบสรุปรายการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน โครงการรับประกันภัยอุบัติเหตุวิริยะอุ่มใจ

ชื่อ.....จังหวัด.....ครั้งที่.....กรมธรรม์เลขที่.....

แผนวงเงิน.....วันที่.....ใบสรุป.....แผ่น/ชุด

(รายชื่อเปลี่ยนแปลงจากกรมธรรม์ต้องแนบบใบเปลี่ยนทุกครั้ง)

ลำดับที่	ผู้เอาประกันภัย	ชั้น/ห้อง	วันที่เกิดเหตุ	สาเหตุ	จำนวนเงิน(บาท)	หมายเหตุ

สรุปจำนวนราย ยอดตั้งเบิก () บาท

สำหรับผู้เอาประกันภัย	สำหรับตัวแทน	สำหรับบริษัท
ลงชื่อ	ลงชื่อ	ลงชื่อ
(.....)	(.....)	(.....)
ตำแหน่ง	ตำแหน่ง	ตำแหน่ง
วันที่	วันที่	วันที่

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว).....ขอรับรองว่า รายงานข้างต้นเป็น (นักเรียน/นิสิต/นักศึกษา) ของสถานศึกษาจริง สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทาง บริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด (มหาชน) ที่ทางสถานศึกษาได้ตกลงทำสัญญาเอาประกันไว้ได้ทุกประการ



ผู้ส่งเอกสาร
ลงชื่อ.....
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)
ตำแหน่ง.....
ผู้รับเอกสาร
ลงชื่อ.....
(.....)



การประกันภัยอุบัติเหตุวิริยะอุ่มใจ 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 / สวัสดิการอื่น ๆ..... 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.	วันที่รับเงินค่าทดแทน
ชื่อสถานพยาบาลที่ตรวจรักษา.....	วันที่.....
ชื่อ-นามสกุลผู้บาดเจ็บ.....	ข้าพเจ้าในฐานะผู้บาดเจ็บ/ผู้เรียกร้องตามที่ระบุไว้
การวินิจฉัยโรคมีความเห็นว่า.....	ได้รับเงินค่าทดแทนจำนวน.....บาท
.....	(.....)
.....	จาก.....
.....	ไว้ถูกต้องครบถ้วนเรียบร้อยแล้ว
(ประทับตราสถานพยาบาล) ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจรักษา	ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน
(.....)	(.....)
ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....วันที่ลงความเห็น.....	