



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.....  
 .....  
 .....  
 (ประทับตราสถานศึกษา) ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจรักษา  
 (.....)  
 ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....วันที่ลงความเห็น.....

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



## ใบสรุปรายการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน โครงการรับประกันภัยอุบัติเหตุวิริยะอุบใจ

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

แผนวงเงิน.....วันที่.....ใบสรุป.....แผ่นชุด

(รายชื่อเปลี่ยนแปลงจากกรมธรรม์ต้องแนบใบเปลี่ยนทุกครั้ง)

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

สรุปจำนวน	.....ราย	ยอดตั้งเบิก ( )	บาท
สำหรับผู้เอาประกันภัย	สำหรับตัวแทน	สำหรับบริษัท	
ลงชื่อ .....	ลงชื่อ .....	ลงชื่อ .....	
(.....)	(.....)	(.....)	
ตำแหน่ง .....	วันที่ .....	วันที่ .....	
วันที่ .....	วันที่ .....	วันที่ .....	

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



ประทับตรา  
โรงเรียน

ผู้ส่งเอกสาร

ลงชื่อ.....

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้รับเอกสาร

ลงชื่อ.....

(.....)