

บริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด THE VIRIYAH INSURANCE CO.,LTD.

121/14 อาคาร อาร์ เอส ทาวเวอร์ ชั้น 3A ถนนรัชดาภิเษก แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพฯ 10400 : 121/14 R.S. TOWER 3rd floor . Ratchadapisek Rd.,Dindang,Bangkok.10400 thailand

โทร/TEL: 0-2641-3500-79 ต่อ/ext.3145-3149 โทรสาร/FAX .0-2641-3597

แบบเรียกร้องค่าทดแทนประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล

Personal Accident Claims Form

ข้อมูลกรมธรรม์

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่	โรงเรียน	วันที่รับแจ้ง	เวลา	น.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ข้อมูลผู้เอาประกันภัย

คำนำหน้าและชื่อผู้เอาประกันภัย	ชั้น	อายุ	เบอร์โทรศัพท์
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

จำนวนเงินที่เบิกเป็นเงิน (บาท)	ใบเสร็จรับเงิน(ฉบับ)
ตัวอักษร <input type="text"/>	<input type="text"/>

ที่อยู่ปัจจุบัน

รายละเอียดการเกิดอุบัติเหตุ/การบาดเจ็บ

วันที่เกิดอุบัติเหตุ	เวลาที่เกิดอุบัติเหตุ	สถานที่เกิดเหตุ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

รายละเอียดการเกิดอุบัติเหตุ(โดยละเอียด)

รายละเอียดของอาการบาดเจ็บ(โดยละเอียด)

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าขอยินยอมและขอมอบเนตให้นายแพทย์ สถานพยาบาล โรงพยาบาล หรือผู้อื่นใด ซึ่งได้กระทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้ามีอำนาจ
แจ้งต่อบริษัทหรือตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจถึงการเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การให้คำปรึกษา ใบสั่งยา หรือการรักษา
และสำเนาบันทึกของสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาล หรือบันทึกทางการแพทย์ของพยาบาลได้ อนึ่งสำเนารูปถ่ายของหนังสือยินยอมและมอบ
ฉันทะนี้ให้ถือว่ามิผลบังคับเหมือนต้นฉบับ

ผู้เอาประกันภัย วันที่ ความสัมพันธ์ของผู้เอาประกันภัย.....

/ ผู้เรียกร้อง (.....)

