



วิริยะประกันภัย
THE VIRIYAH INSURANCE

บริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด (มหาชน) 121/28, 121/65 อาคารอาร์ เอส ทาวเวอร์ ถนนรัชดาภิเษก แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 0 2129 8888 www.viriyah.co.th
โทรศัพท์ ประกันภัยอุบัติเหตุ 0 2129 8770 ประกันภัยสุขภาพ 0 2129 8777

แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันอุบัติเหตุและประกันภัยสุขภาพ

ประเภทกรมธรรม์ ☐ ประกันภัยอุบัติเหตุ ☐ ประกันภัยสุขภาพ ☐ ประเภทสินไหม ☐ เสียชีวิต ☐ ค่ารักษาพยาบาล ☐ สูญเสียอวัยวะ ☐ ค่าชดเชย

รายละเอียดผู้เอาประกันภัย

ชื่อ-สกุล..... เลขที่บัตรประชาชน.....
เลขที่กรมธรรม์..... โทรศัพท์.....
ที่อยู่ติดต่อสะดวก.....

รายละเอียดการบาดเจ็บ / เจ็บป่วย

กรณีอุบัติเหตุ

วันที่เกิดอุบัติเหตุ..... เวลา..... สถานที่.....
รายละเอียดการเกิดเหตุ.....
อาการบาดเจ็บ / อวัยวะที่บาดเจ็บ.....
มีการแจ้งความหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี สถานีตำรวจ.....

กรณีเจ็บป่วย

อาการเจ็บป่วย.....
ท่านเคยได้รับการรักษาจากโรคหรือได้รับการวินิจฉัยด้วยสาเหตุหรืออาการเดียวกันหรือไม่
☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุสถานพยาบาล..... เมื่อวันที่.....
ท่านได้มีการเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลกับบริษัทประกัน / สวัสดิการอื่นหรือไม่
☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ.....

การรักษาพยาบาล

สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.....
รับการรักษาแบบ ☐ ผู้ป่วยนอก วันที่รักษา.....
☐ ผู้ป่วยใน จากวันที่..... ถึงวันที่.....

วิธีการรับค่าสินไหมทดแทน

☐ เช็ค ☐ มารับด้วยตนเอง ☐ ส่งตามที่อยู่.....
☐ โอนเงิน ชื่อบัญชี..... ธนาคาร.....
สาขา..... เลขที่บัญชี.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์การ สถาบัน หรือบุคคลใดที่มี
การบันทึกเรื่องราว การเจ็บป่วยหรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าเปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่ บริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย
หนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่า มีผลบังคับได้สมบูรณ์ตามกฎหมาย

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย / ผู้รับประโยชน์ / ทายาท
(.....)
วันที่.....