



วิริยะประกันภัย
THE VIRIYAH INSURANCE

ความมั่นคง คือ อนาคต

บริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด (มหาชน) 121/28, 121/65 อาคารอาร์ เอส ทาวเวอร์ ถนนรัชดาภิเษก แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร 10400 โทร 0-2129-8888, 0-2641-3500-79 โทรสาร 0-2641-3217 www.viriyah.co.th

แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันอุบัติเหตุและประกันสุขภาพ

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

รายละเอียดผู้เอาประกันภัย

ชื่อ-สกุล เลขที่บัตรประชาชน
เลขที่กรมธรรม์ โทรศัพท์
ที่อยู่ติดต่อสะดวก

รายละเอียดการบาดเจ็บ / เจ็บป่วย

กรณีอุบัติเหตุ

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

กรณีเจ็บป่วย

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

การรักษาพยาบาล

สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษ
รับการรักษาแบบ ☐ ผู้ป่วยนอก วันที่รักษา
☐ ผู้ป่วยใน จากวันที่ ถึงวันที่

วิธีการรับค่าสินไหมทดแทน

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์การ สถาบัน หรือบุคคลใดที่มีการบันทึกเรื่องราว การเจ็บป่วยหรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าเปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่ บริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่า มีผลบังคับได้สมบูรณ์ตามกฎหมาย

ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย / ผู้รับประโยชน์ / ทายาท

(.....)

วันที่