



แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันอุบัติเหตุและประกันสุขภาพ

ประเภทกรมธรรม์ ประกันภัยอุบัติเหตุ ประกันภัยสุขภาพ
ประเภทสินไหม เสียชีวิต ทูพพลภาพ/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