



บริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด (มหาชน) The Viriyah Insurance Public Company Limited

แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนอุบัติเหตุส่วนบุคคล

แผนกสินไหมทดแทนชีวิตร่างกาย บริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด (มหาชน) อาคาร อาร์ เอส ทาวเวอร์ ชั้น 6D เลขที่ 121/28,121/65

ถนนรัชดาภิเษก แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพฯ 10400 โทร. 641-3500-79 ต่อ 1322-1324 , 1327

ชื่อผู้รับบาดเจ็บ	เพศ	ปี	กรมธรรม์เลขที่
ที่อยู่ (โปรดระบุ)			โทรศัพท์
อาชีพ (โปรดระบุ)	หน้าที่ (โปรดระบุ)	โทรศัพท์ที่ทำงาน	
วันที่เกิดเหตุ และ เวลา	สถานที่เกิดเหตุ	วัน/เวลาที่เข้ารับ.	
สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา	แพทย์ผู้รักษา		
บรรยายการเกิดอุบัติเหตุโดยละเอียด (พร้อมระบุอาการบาดเจ็บที่ได้รับ) (โปรดระบุ)			
ท่านประสงค์			
<input type="checkbox"/> เรียกร้อง ค่ารักษา จำนวนเงิน .....บาท <input type="checkbox"/> ชดเชยวันนอน โรงพยาบาล ..... วัน			
ท่านมีการเรียกร้องค่าสินไหมมาหน่วยงานอื่นเนื่องจากการบาดเจ็บคราวนี้ด้วยหรือไม่?			ถ้ามีโปรดระบุ ชื่อบริษัทประกัน
<input type="checkbox"/> เรียกร้อง <input type="checkbox"/> ไม่			
ลงนาม ..→..... ลงลายมือชื่อของผู้เรียกร้อง วันที่ ____/____/____			

ใบมอบฉันทะ

ข้าพเจ้ามอบฉันทะให้ โรงพยาบาลนายแพทย์หรือผู้อื่นใดซึ่งได้กระทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งต่อบริษัทหรือผู้แทนที่ได้รับมอบอำนาจถึงการเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษา ไบสังยา หรือการรักษา และสำเนาบันทึกของโรงพยาบาลหรือการแพทย์ของข้าพเจ้าได้ อนึ่ง สำเนารูปถ่ายของใบฉันทะนี้ให้ถือว่ามิผลใช้บังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงนาม \_\_\_\_\_ → \_\_\_\_\_ ผู้เรียกร้องค่าทดแทน