



บริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด (มหาชน) The Vinayah 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	อายุ(ปี)	กรมธรรม์เลขที่
ที่อยู่ (โปรดระบุ) สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง			โทรศัพท์
อาชีพ (โปรดระบุ)	คณะ	โทรศัพท์ที่ทำงาน (มือถือ)	
วันที่เกิดเหตุ และ เวลา	สถานที่เกิดเหตุ	วันเวลาที่เข้ารพ.	
สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา	แพทย์ผู้รักษา		
บรรยายการเกิดอุบัติเหตุโดยละเอียด (พร้อมระบุอาการบาดเจ็บที่ได้รับ) (โปรดระบุ)			
ท่านประสงค์			
<input type="checkbox"/> เรียกร้อง ค่ารักษา จำนวนเงินบาท		<input type="checkbox"/> ชดเชยเงินนอน โรงพยาบาล วัน	
ท่านมีการเรียกร้องค่าสินไหมมาหน่วยงานอื่นเนื่องจากการบาดเจ็บคราวนี้ด้วยหรือไม่ <input type="checkbox"/> เรียกร้อง <input type="checkbox"/> ไม่			ถ้ามีโปรดระบุ ชื่อบริษัทประกัน
ลงนาม →			
ลงลายมือชื่อของผู้เรียกร้อง			
วันที่ ____/____/____			

ใบมอบฉันทะ

ข้าพเจ้ามอบฉันทะให้ โรงพยาบาลนายแพทย์หรือผู้ขึ้นใดซึ่งได้กระทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้ง ต่อบริษัทหรือผู้แทนที่ได้รับมอบอำนาจถึงการเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษา โยคีธยา หรือการรักษา และสำเนาบันทึกของโรงพยาบาลหรือการแพทย์ของข้าพเจ้าได้ อนึ่ง สำเนารูปถ่ายของใบฉันทะนี้ ให้ถือว่าไม่ผลใช้บังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงนาม →

ผู้เรียกร้องค่าทดแทน

รายละเอียดความคุ้มครองการรับประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มสถานศึกษาครอบครัว
ของอาจารย์ เจ้าหน้าที่ ลูกจ้าง (ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา และบุตร) ปีการศึกษา 2558

1. ระยะเวลาเอาประกันภัย 1 กรกฎาคม 2558 - 1 กรกฎาคม 2559
2. ขอบเขตความคุ้มครอง คุ้มครองตลอด 24 ชั่วโมง และทั่วโลก
3. จำนวนเงินเอาประกันภัยและเบี้ยประกันภัย :

ความคุ้มครอง (อบ.2)	ทุนประกันภัย
1. เสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุ	240,000.00
2. ทูพพลภาพสิ้นเชิงถาวร	240,000.00
3. สูญเสียมือ เท้า สายตาสองส่วน	240,000.00
4. สูญเสียมือ เท้า สายตาหนึ่งส่วน	144,000.00
5. เสียชีวิตเนื่องจากการขับขี่ / โดยสารรถจักรยานยนต์	240,000.00
6. เสียชีวิตเนื่องจากการถูกฆาตกรรมหรือถูกลอบทำร้าย	240,000.00
7. ค่ารักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง	24,000.00

4. ผู้เอาประกันภัย หากประสบอุบัติเหตุสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลได้ที่สถานพยาบาลของรัฐ เอกชน คลินิก ทั่วประเทศ 24 ชั่วโมง
5. กรณีที่ผู้เอาประกันภัยสูญเสียอวัยวะจากอุบัติเหตุ ผู้เอาประกันภัยจะได้รับเงินชดเชยตามเงื่อนไขที่สถาบันฯ ทำสัญญาไว้กับบริษัทฯ

**** หลักฐานขอรับเงินคืน ****

1. กรอกแบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนอุบัติเหตุ ของบริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด (มหาชน)
2. ใบเสร็จรับเงิน ฉบับจริง พร้อมถ่ายสำเนาทุกฉบับ
3. ใบรับรองแพทย์ ฉบับจริง พร้อมถ่ายสำเนา
4. สำเนาบัตรประชาชน ของผู้เอาประกันภัย จำนวน 2 ฉบับ
5. สำเนาสมุดบัญชีหน้าแรกของผู้เอาประกันภัย (เพื่อโอนเงินคืน)

**** ส่งหลักฐานการเบิกได้ที่ ****

งานสวัสดิการบุคลากร ส่วนบริหารทรัพยากรบุคคล ชั้น 5 สำนักงานอธิการบดี

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ คุณปัทมา สังวไร

โทรศัพท์ 02-3298113 หรือที่ สายใน 3273