



บริษัท สยามซิตีประกันภัย จำกัด (มหาชน) SIAM CITY INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

44/1 อาคารรุ่งโรจน์อนุกุล ชั้น 12 ถนนรัชดาภิเษก แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 โทรศัพท์ +66 2202 9500 โทรสาร +66 2202 9555 ทะเบียนเลขที่ 0107555000597
• สุราษฎร์ธานี โทร. 0-7721-9896-9 FAX. 0-7721-9900 • กุเตา โทร. 0-7623-2600-3 FAX. 0-7623-2604 • หาดใหญ่ โทร. 0-7434-3500-3 FAX. 0-7434-3504 • เชียงใหม่ โทร. 0-5387-6280-4 FAX. 0-5323-3912
• อุดรธานี โทร. 0-4222-3431 FAX. 0-4221-2054 • อุบลราชธานี โทร. 0-4526-2900 FAX. 0-4526-2088 • พิษณุโลก โทร. 0-5522-4345 FAX. 0-5522-3332
• นครราชสีมา โทร. 0-4424-8365-68 FAX. 0-4424-8369 • ชลบุรี (พัทยา) โทร. 0-3871-6959-61 FAX. 0-3871-6788 • นครปฐม โทร. 0-3421-9498-500 FAX. 0-3421-9192

แบบเรียกร้องค่าทดแทนอุบัติเหตุนักเรียน / นักศึกษา

ชื่อสถานศึกษา..... กรมธรรม์เลขที่..... เลขรับแจ้งที่.....

ชื่อ-นามสกุลผู้บาดเจ็บ / ผู้เรียกร้อง..... อายุ..... ปี ศึกษาอยู่ชั้นปีที่.....

ห้อง..... รหัสประจำตัว..... ภาควิชา / คณะ..... วิชาเอก.....

ที่อยู่ปัจจุบัน..... โทร.....

กรณีเร่งด่วนติดต่อผู้ปกครองชื่อ..... โทร..... มือถือ.....

สถานที่เกิดเหตุ.....

วันที่เกิดเหตุ..... เวลา..... น. ลักษณะการเกิดอุบัติเหตุและอาการที่ได้รับบาดเจ็บโดยสังเขป.....

ข้าพเจ้าในฐานะผู้บาดเจ็บ / ผู้เรียกร้อง / หรือผู้กระทำการแทน

ได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลจาก บริษัทผู้รับประกันภัยอื่น หรือสวัสดิการอื่นๆ แล้ว
จากบริษัทประกันภัยอื่น / สวัสดิการอื่นๆ..... ตามกรมธรรม์เลขที่.....
เลขเคลมที่..... เป็นเงิน..... บาท (.....)

ไม่ได้ใช้สิทธิ เพราะ.....

ชื่อสถานพยาบาลที่ทำการรักษา.....

จำนวนค่ารักษาพยาบาล / ค่าทดแทน ที่เรียกร้อง..... บาท (.....)

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือพยาบาล ที่ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้าทั้งในอดีตและปัจจุบันเปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการรักษาทั้งหมดแก่ บริษัท สยามซิตีประกันภัย จำกัด (มหาชน) จึงขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ประทับตราสถานศึกษา) ลงชื่อ..... ผู้บาดเจ็บ / ผู้เรียกร้อง / ผู้กระทำการแทน
(.....) วันที่.....

สำหรับแพทย์ผู้ตรวจรักษา ตรวจรักษาวันที่..... เวลา..... น.

ชื่อสถานพยาบาลที่ตรวจรักษา.....

การวินิจฉัยโรคมีความเห็นว่า.....

(ประทับตราสถานพยาบาล) ลงชื่อ..... แพทย์ผู้ตรวจรักษา
(.....)

ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่..... วันที่ลงความเห็น.....

เพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทน กรุณากรอกข้อความให้ละเอียดชัดเจนและถูกต้องมากที่สุด

หน้า..... ลำดับที่.....
(แบบเรียกร้องนี้สามารถถ่ายเอกสารใช้แทนได้)