



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

44/1 อาคารรุ่งโรจน์ธนกุล ชั้น 12 ถนนรัชดาภิเษก แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 โทรศัพท์ 02-202-9500 โทรสาร 02-202-9555 ทะเบียนเลขที่ 0107555000597
 • สุราษฎร์ธานี โทร. (077) 219-896-9 FAX. (077) 219-900 • อุบลราชธานี โทร. (076) 232-800-3 FAX. (076) 232-604 • หาดใหญ่ โทร. (074) 343-500 FAX. (074) 343-504 • เชียงใหม่ โทร. (053) 876-280-4 FAX. (053) 233-912
 • อุตรดิตถ์ โทร. (042) 223-431 FAX. (042) 212-054 • อุบลราชธานี โทร. (045) 280-401-2 FAX. (045) 280-403 • พิษณุโลก โทร. (055) 224-345 FAX. (055) 223-332 • สระบุรี โทร. (036) 387-391 FAX. (036) 387-395
 • นครราชสีมา โทร. (044) 248-365 FAX. (044) 248-369 • ชลบุรี (พัทยา) โทร. (038) 716-959-61 FAX. (038) 716-788 • นครปฐม โทร. (034) 219-498-500 FAX. (034) 219-192

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)