



วิริยะประกันภัย
บริษัท (มหาชน)
THE VIRIYAH INSURANCE Public Company Limited

ใบสรุปรายการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

ชื่อสถานศึกษา คณะบริหารธุรกิจ มทร.พระนคร.....จังหวัด.....กรุงเทพมหานคร.....ครั้งที่.....กรรมธรรม์เลขที่.....CN/PASS/000002-18.....
 แผนวงเงิน.....วันที่.....ใบสรุป.....แผ่น/ชุด
 (กรณีรายชื่อเปลี่ยนแปลงจากกรรมธรรม์ต้องแนบบใบเปลี่ยนชื่อ-สกุลทุกครั้ง)

ลำดับ	ชื่อผู้เอาประกันภัย	วันที่เกิดเหตุ	สาเหตุ	จำนวนเงิน(บาท)	หมายเหตุ

สรุปจำนวน.....ราย	ยอดตั้งเบิก.....บาท	
สำหรับสถานศึกษา	สำหรับตัวแทน	สำหรับบริษัท
ลงชื่อ..... (.....)	ลงชื่อ..... (.....)	ลงชื่อ..... (.....)
ตำแหน่ง.....	ตำแหน่ง.....	ตำแหน่ง.....
วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....
ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาวขอรับรองว่า ราชานามข้างต้นเป็น นักเรียน/นิสิต/นักศึกษา ของสถานศึกษาจริง สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาล จากทางบริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด (มหาชน) ที่ทางสถานศึกษาได้ตกลงทำสัญญาเอาประกันภัยไว้ได้ทุกประการ ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง.....		
ผู้ส่งเอกสาร ลงชื่อ..... (.....)	ผู้รับเอกสาร ลงชื่อ..... (.....)	