บริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด (มหาชน)
THE VIRIYAH INSURANCE Public Company Limited

ใบสรุปรายการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

ชื่อสถานศึกษา.....จังหวัด.....ครั้งที่.....กรมธรรม์เลขที่.....

แผนวงเงิน.....วันที่.....ใบสรุป.....แผ่น/ชุด

(กรณีรายชื่อเปลี่ยนแปลงจากกรมธรรม์ต้องแนบใบเปลี่ยนชื่อ-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/นางสาว .....ขอรับรองว่า รายนามข้างต้นเป็น นักเรียน/นิสิต/นักศึกษา ของสถานศึกษาจริง สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาล จากทางบริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด (มหาชน) ที่ทางสถานศึกษาได้ตกลงทำสัญญาเอาประกันไว้ได้ทุกประการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้ส่งเอกสาร	ผู้รับเอกสาร
ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....
(.....)	(.....)