

แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน สำหรับนักเรียน/นักศึกษา (Student)

สำนักงานใหญ่ 44/1 อาคารรุ่งโรจน์กุล ชั้น12 ถ.รัชดาภิเษก แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 โทร +66 2202 9500 โทรสาร +66 2202 9555 ทะเบียนเลขที่ 0107555000597
สาขาเชียงใหม่ โทร.(053) 876-280-1.สาขาพิษณุโลก โทร.(055) 986-149 .สาขานครราชสีมา โทร.(044) 248-368 .สาขาพญา โทร.(038) 410-414 .สาขานครปฐม โทร.(034) 985-316 .สาขาสระบุรี โทร.(036) 387-394
สาขาลาดพร้าว โทร.(045) 311-635-36.สาขาอุดรธานี โทร.(042) 223-431, (042) 212-059.สาขาสุราษฎร์ธานี โทร.(077) 219-898-9.สาขาภูเก็ต โทร.(076) 232-602-3.สาขาหาดใหญ่ โทร.(074) 232-197-8

ส่วนที่ 1

ชื่อ-นามสกุลของผู้เอาประกันภัย.....หมายเลขบัตรประชาชน.....อายุ.....ปี
Insured's name.....ID/Passport.....Age.....Year
เบอร์โทรศัพท์/Telephone number.....E-mail.....
ชื่อสถานศึกษา/School.....หมายเลขกรมธรรม์ / Policy Number.....
วันที่เกิดเหตุ Date of loss.....เวลาที่เกิดเหตุ/time.....น.
การวินิจฉัยโรค/ลักษณะการเกิดเหตุ/Diagnosis.....
ลายมือชื่อ/Signature
(.....)
ผู้เอาประกันภัย บิดา/มารดา/ผู้ปกครอง/ผู้มีสิทธิเรียกร้องตามสัญญาประกันภัย

ส่วนที่ 2

ข้าพเจ้า.....ในฐานะผู้เอาประกันภัย บิดา /มารดา /ผู้ปกครองหรือผู้มีสิทธิเรียกร้องตามกรมธรรม์
ประกันภัยอุบัติเหตุสำหรับนักเรียน นิสิต นักศึกษา (โรงเรียนอนุบาล) ที่ระบุไว้ข้างต้น มีความประสงค์ให้ บริษัท สยามซิตีประกันภัย จำกัด (มหาชน)
พิจารณาและจ่ายค่าสินไหมทดแทน ให้แก่ข้าพเจ้าฯ โดยส่งจ่ายเช็ค หรือโอนเงินค่าสินไหมทดแทนในนามของสถานศึกษา หรือตัวแทน
ของสถานศึกษา ชื่อ.....

- เช็ค/Cheque
 โอนเข้าบัญชีออมทรัพย์ (saving only) ธนาคาร/Bank name.....สาขา/Branch.....
เลขที่บัญชี/Account No.....

ทั้งนี้ ขอให้บริษัทฯ ดำเนินการตามเจตนาที่ข้าพเจ้าฯ ได้แจ้งความประสงค์ไว้ด้วย โดยเมื่อบริษัทฯ ได้พิจารณาและอนุมัติจ่ายค่าสินไหมทดแทน
ตามเงื่อนไขกรมธรรม์ประกันภัยให้แก่บุคคลตามที่ข้าพเจ้าฯ ได้แสดงเจตนาไว้แล้ว ให้ถือเสมือนว่าข้าพเจ้าฯ ได้รับค่าสินไหมทดแทนในส่วนนั้น
ด้วยตนเองโดยตรง และจะไม่ติดใจเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนในส่วนนั้นอีก

อนึ่ง ในการพิจารณาและอนุมัติจ่ายค่าสินไหมทดแทนข้างต้น ข้าพเจ้าฯ ขอให้บริษัทพิจารณาและอนุมัติจ่ายค่าสินไหมทดแทน ตามเงื่อนไข
ของกรมธรรม์ประกันภัยโดยไม่ต้องขอรับความยินยอมจากข้าพเจ้าฯ ก่อน โดยหากข้าพเจ้าฯ ยังมีข้อโต้แย้งในการจ่ายค่าสินไหมทดแทนในครั้งนี้
ข้าพเจ้าฯ จะใช้สิทธิในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนในส่วนที่ยังมีข้อโต้แย้งกันอยู่กับบริษัทอีกส่วนหนึ่งหรือแจ้งให้บริษัททราบเป็นลายลักษณ์
อักษร ในการพิจารณาหาบทวนการจ่ายค่าสินไหมทดแทนเพิ่มเติมในครั้งนี้อีกครั้ง

(ประทับตราสถานศึกษา)

ลายมือชื่อ/Signature
(.....)

ผู้เอาประกันภัย บิดา/มารดา/ผู้ปกครอง/ผู้มีสิทธิเรียกร้องตามสัญญาประกันภัย

วันที่/Date.....เบอร์โทร/Tel.....

ความสัมพันธ์ / Relationship.....



หมายเหตุ กรุณาแนบสำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนาบัตรที่ราชการออกให้ มาด้วย/ Please copy your Identification or passport.