

44/1 อาคารรุ่งโรจน์ธนกุล ชั้น12 ถ.รัชดาภิเษก แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 โทร +66 2202 9500 โทรสาร +66 2202 9555 ทะเบียนเลขที่ 0107555000597
เชียงใหม่ โทร.(053) 876-280-4.พิษณุโลก โทร.(055) 224-345,(055) 224-585-7.นครราชสีมา โทร.(044) 248-365-68.พญา โทร.(038) 716-959-61.นครปฐม โทร.(034) 985-316-8 .สระบุรี โทร.(036) 387-391-4
อุบลราชธานี โทร.(045) 280-401-2,(045) 311-635-36.อุดรธานี โทร.(042) 223-431,(042) 212-059-061.สุราษฎร์ธานี โทร.(077) 219-896-9.ภูเก็ต โทร.(076) 232-600-3.หาดใหญ่ โทร.(074) 232-197-8

☐ ค่ารักษาพยาบาล (อุบัติเหตุ) ☐ อื่นๆ ☐ เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ☐ ค่าใช้จ่ายในการจัดงานศพกรณีเสียชีวิตจากการเจ็บป่วย ☐ สูญเสียอวัยวะ ☐ ทุพพลภาพ

สำหรับ นักเรียน/นักศึกษา/Students

ชื่อ-นามสกุลของผู้เอาประกันภัย.....หมายเลขบัตรประชาชน.....อายุ.....ปี
Insured's name..... ID/Passport..... Age.....year
เบอร์โทรศัพท์/Telephone number..... E-mailชั้น/Class คณะ/Faculty
ชื่อสถานศึกษา/School วันที่เกิดเหตุ/Date of loss.....เวลาเกิดเหตุ/Time.....
การวินิจฉัยโรค/Diagnosis/ลักษณะการเกิดเหตุ
ข้าพเจ้าประสงค์จะรับค่าสินไหมจำนวนเงิน.....บาท

สำหรับ บุคคลทั่วไป/Personal

ชื่อ-นามสกุลของผู้เอาประกันภัย.....หมายเลขบัตรประชาชน.....อายุ.....ปี
Insured's name..... ID/Passport..... Age.....year
เบอร์โทรศัพท์/Telephone number..... E-mail
การวินิจฉัยโรค/Diagnosis/ลักษณะการเกิดเหตุ.....วันที่เกิดเหตุ/Date of loss.....เวลาเกิดเหตุ/Time.....
ข้าพเจ้าประสงค์จะรับค่าสินไหมจำนวนเงิน.....บาท โดยขอให้ส่งจ่ายเป็น
☐ เช็ค/Cheque
☐ โอนเข้าบัญชีออมทรัพย์(saving only) ธนาคาร/Bank name.....สาขา/Branch.....
ชื่อบัญชี/Account name.....เลขที่บัญชี/Account No.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์การ สถาบัน หรือบุคคลใด
ที่มีการบันทึกเรื่องราว การเจ็บป่วย หรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าเปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่บริษัท สยามซิตีประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย
อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่าได้มีผลบังคับได้และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ

(ประทับตราสถานศึกษา)	ลายมือชื่อ/Signature.....ผู้กระทำการแทน/ผู้เอาประกัน (.....)
	วันที่/Date.....เบอร์โทร/Tel.....
	ความสัมพันธ์.....

หมายเหตุ กรุณานำแนบบัตรประชาชน/หรือสำเนาบัตรที่ราชการออกให้ มาด้วย/ Please copy your Identification or passport.

สำหรับ แพทย์ผู้ตรวจรักษา

วันที่.....เวลา.....น.
ชื่อสถานพยาบาลที่ตรวจรักษา.....
การวินิจฉัยโรคมีความเห็นว่า.....
ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจรักษา
(.....)
(ประทับตราสถานพยาบาล) ใบประกอบวิชาชีพเลขที่.....วันที่ลงความเห็น.....