



**ใบคำขอเอาประกันภัย (Application)**  
**กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพส่วนบุคคล**

**1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย (Information of Insured)**

แผนประกัน (Plan) : .....

ชื่อ-นามสกุล ..... เพศ  ชาย  หญิง พาสปอร์ต /บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ .....  
(Name & Surname) Gender Male Female Passport No./ID No.

วัน/เดือน/ปีเกิด ..... อายุ.....ปี น้ำหนัก.....กก. / ส่วนสูง.....ซม. เชื้อชาติ ...../สัญชาติ.....  
Date of birth Age Weight Kg/Height cm Nationality Citizen

ที่อยู่ปัจจุบัน (Current Address): .....

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อสะดวก(Telephone number): บ้าน (Home) ..... มือถือ(Mobile).....

สถานที่ติดต่อสะดวก/ ส่งเอกสาร (Mailing Address)  ที่อยู่ปัจจุบัน Current Address  อื่นๆ Other .....

อาชีพปัจจุบัน /ตำแหน่ง (Occupation & Position).....ลักษณะงานที่ทำ (Scope of Work).....

งวดการชำระเบี้ยประกันภัย (Mode of Payment)  ราย.....เดือน (Monthly/Quarterly/Semiannually)  รายปี (Yearly)

**2. รายละเอียดผู้รับประโยชน์ (Information of Beneficiary)**

ชื่อ-นามสกุล (Name & Surname).....ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย (Relationship).....

**คำแถลงเกี่ยวกับสุขภาพและอื่นๆ (Health Declaration)**

**3. ท่านเคยถูกบริษัทประกันภัยปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต ประกันสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือการขอต่ออายุสัญญาประกันภัย สำหรับการขอเอาประกันภัยจากบริษัทอื่น หรือไม่** Have you ever been rejected from life insurance, health insurance, critical illness , personal accident or renewal policy by another company?

ไม่เคย /No  เคย (โปรดระบุบริษัท) /Yes (Please specify).....

**4. ท่านเคยได้รับเชื้อ มีอาการ หรือได้รับการวินิจฉัยรักษา รับการผ่าตัด รับการบำบัดหรืออยู่ระหว่างการรักษาพักฟื้น ตลอดจนรับการปรึกษาและคำแนะนำจากแพทย์ด้วยโรคดังต่อไปนี้ หรือไม่** Have you ever been sick, show symptom, diagnosed, in surgical operation, on recovery, receiving medical consultant /advice from following illness?

**4.1 โรคมะเร็งทุกชนิด โรคหลอดเลือดสมอง โรคชัก สมองเสื่อม โรคพาร์กินสัน โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ โรคหอบหืด โรคถุงลมโป่งพอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วัณโรคปอด โรคไตเรื้อรังหรือไตวาย โรคตับโต ม้ามโต โรคตับแข็ง โรคไวรัสตับอักเสบ โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคภูมิแพ้ตนเอง (SLE) โรคเลือด คาวาน์ซิน โดรม อัมพฤกษ์/อัมพาต ทูพพลภาพ พิการ โรคจิตประสาท หรือไม่**

As Cancer, Stroke, Seizures, Dementia/Alzheimer's ,Parkinson, Heart disease, Coronary artery disease , Asthma, Emphysema , Chronic obstructive pulmonary disease or COPD, Pulmonary Tuberculosis, Chronic renal failure, Hepatomegaly, Splenomegaly, Cirrhosis, AIDS, SLE, Blood disease, Down's syndrome, Paralysis, Disability, Handicap or Mental disorder.

ไม่เคย /No  เคย โปรดระบุ/Yes (Please specify) .....

**4.2 โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไทรอยด์ โรคของต่อมไร้ท่อ โรคเก๊าท์ โรคข้ออักเสบ รูมาตอยด์ โรคเกี่ยวกับกระดูกหรือข้อต่อ โรคทาลัสซีเมีย นิ้ว โรคระบบทางเดินปัสสาวะ เนื้องอก ซีสต์ ต่อมเนื้อ ก้อนหรือถุงน้ำโรคที่เกี่ยวกับมดลูก เชื้อราโพรงมดลูก รังไข่ ท่อนำไข่ หรือไม่**

As Hypertension, Diabetes Mellitus, Thyroid disease, Endocrine disease, Gout, Rheumatoid or Joint disorder, Thalassemia, Stone, Urinary tract disease, Mass or Cyst, Uterus/Ovary or tubes disorder.

ไม่เคย /No  เคย โปรดระบุ/Yes (Please specify) .....

**4.3 โรคประจำตัว หรือ โรคอื่นๆ นอกเหนือจากที่กล่าวมาข้างต้น (Another disorder)**

ไม่เคย /No  เคย โปรดระบุ/Yes (Please specify) .....

5. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาถึงปัจจุบัน ท่านเคยรับการตรวจ เช่น ตรวจเลือด, ปัสสาวะ, คลื่นหัวใจ, อัลตราซาวด์, เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์, ตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า หรือส่งตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา เป็นต้น หรือไม่ In the last 5 years, have you ever been medical checkup as blood, Urinalysis, EKG, Ultrasound, CT scan, MRI/MRA or pathology ?

ไม่เคย /No  เคย โปรดระบุการตรวจ/ การวินิจฉัยและผลการตรวจ/Yes (Please Specify).....

6. ท่านมีความผิดปกติที่ได้รับการแนะนำจากแพทย์เพื่อรักษาหรือผ่าตัด หรือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอื่นใด แต่ยังไม่ได้กระทำ หรือ ท่านยังคงมีอาการเจ็บป่วย อาการผิดปกติ แต่ยังไม่ได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ เช่น เนื้องอก/ตุ่มเนื้อ ภาวะเลือดออกผิดปกติ หรืออื่นๆ อยู่หรือไม่

Presently, Do you have any abnormal health condition that physician advice to have for treatment or surgical operation or further investigate?

ไม่เคย / ไม่มี (No)  เคย / ใช่ (โปรดระบุ) /Yes( Please specify) .....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และ ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV

ตัวแทนประกันวินาศภัยรายนี้  นายหน้าประกันวินาศภัยรายนี้ ลงชื่อ ..... ผู้ขอเอาประกันภัย  
ใบอนุญาตเลขที่ ..... Signature ( ..... )  
วันที่ (Date) ...../...../.....