



ใบคำขอเอาประกันภัยกรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล
Proposal Form Individual Health and Accident Insurance Policy

1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย : The Applicant's personal information : แผนประกันภัย : Insurance Plan :

ชื่อ-นามสกุล..... เพศ ชาย หญิง
Name — Last Name Gender Male Female

พาสปอร์ต/บัตรประชาชน : Passport No. / ID No. วันเดือนปีเกิด : Date of Birth อายุ : Age ปี : years

น้ำหนัก : Weight กก. : kg. / ส่วนสูง : Height ซม. : cm. เชื้อชาติ : Race / สัญชาติ : Nationality

ที่อยู่ปัจจุบัน : Current Address

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อสะดวก : Telephone Number : บ้าน : Home Phone มือถือ : Mobile Phone

สถานที่ติดต่อสะดวก/ส่งเอกสาร : Preferred Mailing Address : ที่อยู่ปัจจุบัน : Current Address อื่น ๆ ระบุ : Others, please state.....

อาชีพปัจจุบัน/ตำแหน่ง : Occupation / Position held ลักษณะงานโดยสังเขป : Job description

การชำระค่าเบี้ยประกันภัย ราย 1 เดือน : ราย 3 เดือน ราย 6 เดือน รายปี
Payment of the premium Monthly first 3 consecutive months first 6 consecutive months Annually

2. รายละเอียดผู้รับประโยชน์ : The Beneficiary's personal information :

ชื่อ-นามสกุล..... ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....
Name — Last Name Relationship to the Applicant.....

3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : Period of Insurance : เริ่มต้นวันที่:From.....เวลา:at.....น. hours
สิ้นสุดวันที่:To..... เวลา:at 16.30 น.hours

4. คำแถลงเกี่ยวกับสุขภาพและอื่นๆ : Health Questions and others

4.1 ท่านเคยถูกบริษัทประกันภัยปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต ประกันสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลหรือการขอต่ออายุสัญญาประกันภัย สำหรับการขอเอาประกันภัยจากบริษัทนี้ หรือบริษัทอื่น หรือไม่
Have you ever been rejected or prevented from buying or renewing life insurance, health insurance, critical illnesses insurance, or personal accident insurance whether from this company or others?
 ไม่เคย : No เคย (โปรดระบุบริษัท) : Yes (Please state the name of the company)

4.2 ท่านเคยได้รับเชื้อ มีอาการ หรือได้รับการวินิจฉัยรักษา รับการผ่าตัด รับการบำบัดหรืออยู่ระหว่างการพักฟื้น ตลอดจนรับการปรึกษาและคำแนะนำจากแพทย์ด้วยโรคดังต่อไปนี้ หรือไม่ (ถ้าตอบเคย โปรดระบุเพิ่มเติม)
Have you ever been infected, had symptoms, diagnosed, ever undergone a surgical procedure, been or being treated, or ever consulted a doctor due to the following diseases, symptoms, or conditions? (If yes, Please state)

- โรคมะเร็งทุกชนิด
Cancer

ไม่เคย : No เคย โปรดระบุ : Yes, please state

- โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ความผิดปกติทางสมอง สมองเสื่อม โรคพาร์กินสัน โรคลชัก
Stroke, Brain disorders, Alzheimer's disease, Parkinson's disease, or Epilepsy

ไม่เคย : No เคย โปรดระบุ : Yes, please state
- โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ โรคความดันโลหิตสูง
Heart disease and Coronary Artery disease , High blood pressure

ไม่เคย : No เคย โปรดระบุ : Yes, please state
- โรคไตเรื้อรังหรือไตวาย โรคตับหรือมีไขมันตับ โรคตับแข็ง โรควัฒ์ตับอักเสบ ดีซ่าน โรคตับอ่อนอักเสบ โรคนิ่ว โรคทางเดินปัสสาวะ
ทางเดินน้ำดี ท้องมาน โรคพิษสุราเรื้อรัง
Chronic Kidney disease or Kidney failure, Splenohepatomegalia, Cirrhosis, Hepatitis, Jaundice, Pancreatitis, Gallstones,
Urinary system disease, Biliary disease, Ascites, Alcoholism

ไม่เคย : No เคย โปรดระบุ : Yes, please state
- โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV
AIDS or positive HIV test

ไม่เคย : No เคย โปรดระบุ : Yes, please state
- โรคเอสแอลอี (SLE) โรคเอ็มเอส (Multiple Sclerosis) โรคโครห์น (Crohn's disease)
SLE, Multiple Sclerosis, Crohn's disease

ไม่เคย : No เคย โปรดระบุ : Yes, please state
- อัมพฤกษ์ อัมพาต ทูพพลภาพ พิการ โรคจิตประสาท เคยใช้สารเสพติด
Paresis, Paralysis, Disability, Neurosis, or ever used drug substance

ไม่เคย : No เคย โปรดระบุ : Yes, please state
- โรคเบาหวาน คอพอก โรคไทรอยด์ หรือ โรคใด ๆ ของต่อมไร้ท่อ
Diabetes, Goiter, Thyroid disease, other Endocrine system disease

ไม่เคย : No เคย โปรดระบุ : Yes, please state
- โรคเก๊าท์ (Gout) โรคข้ออักเสบ โรคอื่น ที่เกี่ยวกับกระดูกหรือข้อต่อ
Gout, Arthritis, other Bones or Joints disorder

ไม่เคย : No เคย โปรดระบุ : Yes, please state
- โรคทาลัสซีเมีย โรคเลือด โรคที่เกี่ยวกับเกล็ดเลือด ดาวน์ซินโดม หรือ โรคทางพันธุกรรม
Thalassemia, Blood disease, Platelet disorder, Down syndrome, Genetic disease

ไม่เคย : No เคย โปรดระบุ : Yes, please state
- โรคหอบหืด โรคปอดอักเสบ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ถุงลมโป่งพอง หรือวัณโรคปอด
Asthma, Pneumonia, Chronic obstructive pulmonary disease, Emphysema, Pulmonary tuberculosis

ไม่เคย : No เคย โปรดระบุ : Yes, please state

- เนื้องอก ซีสต์ ตุ่มเนื้อ ก้อนหรือถุงน้ำ

Tumor, Cyst, Polyp, Lump

ไม่เคย : No เคย โปรดระบุ : Yes, please state

- โรคเกี่ยวกับมดลูก เยื่อบุมดลูก รังไข่ ท่อรังไข่ หรือโรคอื่นของระบบอวัยวะสืบพันธุ์

Uterus, Endometrium, Ovary, or Oviduct related disease or other reproductive system disease

ไม่เคย : No เคย โปรดระบุ : Yes, please state

- โรคอื่น ๆ หรือโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ นอกเหนือจากที่กล่าวมาข้างต้น

Other disease or other chronic disease which are not mentioned above.

ไม่เคย : No เคย โปรดระบุ : Yes, please state

4.3 ในระยะเวลา 5 ปี ที่ผ่านมา ท่านเคยรับการตรวจ เช่น ตรวจเลือด, ปัสสาวะ, คลื่นหัวใจ, อัลตราซาวด์, เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์, ตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า หรือส่งชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา เป็นต้น หรือไม่

During the past 5 years, have you ever had any of the following tests done: blood test, urine test, electrocardiogram, ultrasound, x-ray, MRI, or biopsy?

ไม่เคย : No เคย โปรดระบุการตรวจ/การวินิจฉัยและผลการตรวจ : Yes, please state the test and result

4.4 ท่านเคยได้รับการแนะนำจากแพทย์เพื่อรักษาโดยการผ่าตัด หรือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอื่นใด ซึ่งยังไม่ได้กระทำ หรือ ท่านยังคงมี การเจ็บป่วย อาการผิดปกติ ซึ่งยังไม่ได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ เช่น ก้อนเนื้องอก ภาวะเลือดออกผิดปกติ หรืออื่นๆ อยู่หรือไม่

Have you ever been advised to have a surgical operation or investigative procedure which has not yet been performed or are you currently suffering from any symptoms for which you have not yet consulted a doctor (for example : lumps, bleeding, or others)?

ไม่เคย/ไม่มี : No เคย/ใช่ โปรดระบุรายละเอียด : Yes, please state

4.5 ปัจจุบันท่านต้องรับประทานหรือใช้ยาอะไรเป็นประจำหรือต่อเนื่อง หรือไม่

Do you currently need to take any medication regularly?

ไม่ใช่/ไม่มี : No

ใช่/มี โปรดระบุรายละเอียดชื่อยา/สาเหตุหรือโรคที่เป็น : Yes, please state the name of medicine and the cause of illness ..

4.6 ท่านมีอวัยวะส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกายพิการและ/หรือทุพพลภาพ หรือไม่

Is there any part of your body considered being disabled?

ไม่มี : No มี โปรดระบุรายละเอียด : Yes, please state

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่

ไม่มีความประสงค์

I hereby request the insurance company to provide the insurance policy with the terms and conditions according to your standard policy and I declare that above statements are complete and true. I agree to have this application form included in the contract between I and the Company. Should there be any false statement or any truth being concealed, I agree to let the Company cancel this insurance policy. Besides, I also authorize Viriyah Insurance Public Co., Ltd. to request for any kind of information regarding to my personal health treatment or health condition records from any physician, hospital, clinic or any other organization which has any of my health information or record including the testing result of HIV.

The Applicant allows the company to collect, use and reveal the truth about the Applicant's medical records and other information to the Office of Insurance Commission (OIC) in order to regulate the insurance industry.

Would you like to claim for personal income tax deduction with this health insurance premium?

Yes, and I permit the insurer to send and reveal the information about this insurance premium to the Revenue Department. If the applicant is a non-Thai resident, please enter the taxpayer ID number given by the Revenue Department:

.....

No

ผู้สมัคร/ผู้ขอเอาประกันภัย Applicant's signature

()

วันที่ขอเอาประกัน:Date/...../.....

- | | |
|---|------------------------|
| <input type="checkbox"/> การประกันภัยโดยตรง : Direct | ใบอนุญาตเลขที่ : |
| <input type="checkbox"/> ตัวแทนประกันวินาศภัย : Agent | License No. |
| <input type="checkbox"/> นายหน้าประกันวินาศภัย : Broker | |

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

Warning from the Office of Insurance Commission (OIC)

The Applicant must truthfully answer all the questions in this application form. Any concealment or false statement may result in the insurance company refusing to pay claims according to the Civil and Commercial Code, Section 865.