



**ใบคำขอเอาประกันภัยกรมธรรม์ประกันสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล วิริยะ**  
Proposal Form Viriyah Individual Health and Accident Insurance Policy

1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย : The Applicant's personal information :

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 .....

อาชีพปัจจุบันตำแหน่ง : Occupation / Position held ..... ลักษณะงานโดยสังเขป : Job description .....  
แผนประกันภัย : Insurance Plan : ..... ความคุ้มครองเพิ่มเติม : Optional Cover .....  
เบี้ยประกันภัยรวม : Total Premium ..... บาท : Baht  
การชำระค่าเบี้ยประกันภัย  รายปี  ราย 12 เดือนติดต่อกัน  
Payment of the premium Annually 12 Consecutive Months

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 24.00 น. hours

4. คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่นๆ : Health Questions and others

4.1 ท่านเคยถูกบริษัทประกันภัยปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต ประกันสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลหรือการขอต่ออายุสัญญาประกันภัยสำหรับการขอเอาประกันภัยจากบริษัทนี้ 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 ตลอดจนรับการปรึกษา และคำแนะนำจากแพทย์ด้วยโรคดังต่อไปนี้ 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  ไม่เคย : No  เคย โปรดระบุ : Yes, please state  
Cancer .....
- โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ความผิดปกติทางสมอง สมองเสื่อม  ไม่เคย : No  เคย โปรดระบุ : Yes, please state  
โรคพาร์กินสัน โรคลชัก .....
- Stroke, Brain disorders, Alzheimer's disease, Parkinson's disease, or Epilepsy
- โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ โรคความดันโลหิตสูง  ไม่เคย : No  เคย โปรดระบุ : Yes, please state  
Heart disease and Coronary Artery disease, High blood pressure .....

- โรคไตเรื้อรังหรือไตวาย โรคตับหรือม้ามโต โรคตับแข็ง โรคไวรัสตับอักเสบ ดีซ่าน  
โรคตับอ่อนอักเสบ โรคหัวใจ 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  ไม่เคย : No  เคย โปรดระบุ : Yes, please state  
AIDS or positive HIV test .....
- โรคเอสแอลอี (SLE) โรคเอ็มเอส (Multiple Sclerosis) โรคโครห์น (Crohn's disease)  ไม่เคย : No  เคย โปรดระบุ : Yes, please state  
SLE, Multiple Sclerosis, Crohn's disease .....
- อัมพฤกษ์ อัมพาต ทูพพลภาพ พิการ โรคจิตประสาท เคยใช้สารเสพติด  ไม่เคย : No  เคย โปรดระบุ : Yes, please state  
Paresis, Paralysis, Disability, Neurosis, or ever used drug substance .....
- โรคเบาหวาน คอพอก โรคไทรอยด์ หรือ โรคใดๆ ของต่อมไร้ท่อ  ไม่เคย : No  เคย โปรดระบุ : Yes, please state  
Diabetes, Goiter, Thyroid disease, other Endocrine system disease .....
- โรคเก๊าท์ (Gout) โรคข้ออักเสบ โรคอื่น ที่เกี่ยวกับกระดูกหรือข้อต่อ  ไม่เคย : No  เคย โปรดระบุ : Yes, please state  
Gout, Arthritis, other Bones or Joints disorder .....
- โรคทาลัสซีเมีย โรคเลือด โรคที่เกี่ยวกับเกล็ดเลือด ดาวน์ซินโดม หรือ โรคทางพันธุกรรม  ไม่เคย : No  เคย โปรดระบุ : Yes, please state  
Thalassemia, Blood disease, Platelet disorder, Down syndrome, Genetic disease .....
- โรคหอบหืด โรคปอดอักเสบ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ถุงลมโป่งพอง หรือวัณโรคปอด  ไม่เคย : No  เคย โปรดระบุ : Yes, please state  
Asthma, Pneumonia, Chronic obstructive pulmonary disease, Emphysema,  
Pulmonary tuberculosis .....
- เนื้องอก ซีสต์ ตุ่มเนื้อ ก้อนหรือถุงน้ำ  ไม่เคย : No  เคย โปรดระบุ : Yes, please state  
Tumor, Cyst, Polyp, Lump .....
- โรคเกี่ยวกับมดลูก เยื่อบุมดลูก รังไข่ ท่อรังไข่ หรือโรคอื่นของระบบอวัยวะสืบพันธุ์  ไม่เคย : No  เคย โปรดระบุ : Yes, please state  
Uterus, Endometrium, Ovary, or Oviduct related disease or other reproductive .....
- โรคอื่นๆ หรือโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรังอื่นๆ นอกเหนือจากที่กล่าวมาข้างต้น  ไม่เคย : No  เคย โปรดระบุ : Yes, please state  
Other disease or other chronic disease which are not mentioned above. ....

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 ท่านยังคงมีอาการเจ็บป่วยอาการผิดปกติ 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 และข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่บริษัท วิธีประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนดและหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (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

ลงชื่อ : Signed .....

ลงชื่อ : Signed .....

( )

( )

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ : Consent Grantor as Applicant's

ผู้ขอเอาประกันภัย : Applicant

บิดา/มารดา : Parents

ผู้แทนโดยชอบธรรม : Legal Representative

วันที่ขอเอาประกัน : Date..... /..... / .....

เลขประจำตัวประชาชน/เลขที่หนังสือเดินทาง : ID No./Passport No. ....

การประกันภัยโดยตรง : Direct.....

ตัวแทนประกันวินาศภัย : Agent.....

นายหน้าประกันวินาศภัย : Broker .....

ใบอนุญาตเลขที่ : License No. ....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

**Warning from the Office of Insurance Commission (OIC)**

The Applicant should disclose all the facts you know. Any nondisclosure shall make the policy issued hereunder voidable. The Company has the right to void the contract according the Civil Commercial Code Section 865.



**แบบฟอร์มขอหนังสือรับรองการลดหย่อนภาษี สำหรับการประกันภัยสุขภาพ บิดา-มารดา  
ของผู้มีเงินได้ รวมทั้งบิดามารดาของสามี หรือภริยาของผู้มีเงินได้  
(ตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากร ฉบับที่ 162)**

ชื่อ-นามสกุล เอาประกันภัย (นาย/นาง/นางสาว).....

- กรมธรรม์ประกันภัยฉบับใหม่ หรือ กรมธรรม์ประกันภัยหมายเลข      /POL/       -
- ทุกกรมธรรม์ประกันภัยของเอาประกันภัย

ผู้เอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อกรมสรรพากรเพื่อการขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

ยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้เอาประกันภัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด

โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร  -     -      -   -

- ไม่ยินยอม

ลงลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

.....  
( )

ชื่อ-นามสกุล ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (นาย/นาง/นางสาว).....ความสัมพันธ์.....

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรจากกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้หรือไม่

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ต่อกรมสรรพากรตามเกณฑ์ และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด

โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร  -     -      -   -

- ไม่มีความประสงค์

ลงลายมือชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

.....  
( )



**เอกสารขอรายละเอียดเพิ่มเติม การติดเชื้อ Covid 19 เพื่อประกอบการพิจารณารับประกันภัย**

ท่านเคยมีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา Covid19 หรือไม่

\_\_\_\_\_ ไม่เคย

\_\_\_\_\_ เคย (หากเคย โปรดระบุรายละเอียดเพิ่มเติมด้านล่าง)

วันที่ตรวจ \_\_\_\_\_

ตรวจโดยวิธี  ATK  RT PCR

ตรวจสอบด้วยตนเอง  สถานพยาบาล (โปรดระบุชื่อ) \_\_\_\_\_

ซื้อยาทานเอง ไม่ได้พบแพทย์ รักษาตัวที่บ้านวันที่ \_\_\_\_\_ ถึงวันที่ \_\_\_\_\_

รับยาจากสถานพยาบาล (โปรดระบุชื่อ) \_\_\_\_\_ และรักษาตัวที่บ้านวันที่ \_\_\_\_\_ ถึงวันที่ \_\_\_\_\_

เข้ารักษาที่โรงพยาบาล หรือ Hospitel หรือ โรงพยาบาลสนาม (โปรดระบุชื่อ) \_\_\_\_\_

วันที่เข้ารักษา \_\_\_\_\_ วันที่ออกจากสถานพยาบาล \_\_\_\_\_

**การตรวจเอ็กซเรย์ปอด**

ไม่ได้รับการตรวจ

ได้รับการตรวจ วันที่ \_\_\_\_\_ สถานที่ตรวจ \_\_\_\_\_

ผลตรวจเอ็กซเรย์ปอด ปกติ

ผลตรวจเอ็กซเรย์ปอด ผิดปกติ โปรดอธิบาย \_\_\_\_\_

**หมายเหตุ :**

1. กรณีมีเอกสารทางการแพทย์กรุณาแนบมาพร้อมใบสมัคร
2. ทางฝ่ายพิจารณารับประกันภัยสุขภาพอาจร้องขอเอกสารทางการแพทย์เพิ่มเติมเพื่อประกอบการพิจารณาตามเงื่อนไขการรับประกันภัยของบริษัทฯ

ลงนามโดยผู้สมัคร / Customer's Signature .....

วันที่ / Date .....

ปรับปรุงวันที่ 1 ตุลาคม 2565