



121/7,121/14-28,121/104 อาคารอาร์เอส ทาวเวอร์ ถนนรัชดาภิเษก ดินแดง กรุงเทพฯ 10400 โทร. 0-2641-3500-79 ต่อ 3271-8 แฟกซ์ 0-2641-3216
121/7,121/14-28,121/104 RS Tower, Ratchadaphisek Road, Dindaeng, Bangkok 10400 Tel. 0-2641-3500 ext. 3271-8 Fax. 0-2641-3216

สำหรับเจ้าหน้าที่ / For officer

วันที่รับคำขอ/Date.....ใบอนุญาตประกันวินาศภัย/Broker license No.
ชื่อตัวแทน/นายหน้า.....สาขา/โทรศัพท์.....
(Agent/Broker's Name) Branch/Tel.

ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพ (รายบุคคล) / Medical Plan Application

กรุณากรอกใบคำขอฯ นี้ ทั้ง 2 หน้า ด้วยตัวบรรจง และส่งกลับพร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาหนังสือเดินทาง
Please complete both sides of this form in BLOCK CAPITALS and return with copy ID. Card or copy Passport

แผนประกันสุขภาพ Plan	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AA <input type="checkbox"/> BB <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> DD						เบี้ยประกันภัย (บาท) / Premium (Baht)	
	<input type="checkbox"/> V1		<input type="checkbox"/> V2		<input type="checkbox"/> V1-Plus		<input type="checkbox"/> V2-Plus	
	<input type="checkbox"/> HG1		<input type="checkbox"/> HG2		<input type="checkbox"/> HG3		อื่นๆ โปรดระบุ/(please specify).....	
ชื่อผู้เอาประกันภัย Name of Applicant:	นาย/นาง/น.ส. Mr./Mrs//Ms.			เพศ/Sex :		อาชีพ/Occupation :		
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน Home Address:	ที่อยู่/Address			ส่วนสูง/Height :		น้ำหนัก/Weight :		
ที่อยู่ปัจจุบัน Mailing Address:	ที่อยู่/Address			วันเดือนปี เกิด/DOB :		อายุ/Age :		
	โทรศัพท์/Tel.			สถานภาพ Status		<input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> หย่า Single Married Widow Divorce		
ชื่อแพทย์, สถานที่ติดต่อ (ถ้ามี) Name & Address of Physicians or Hospitals or Clinics	ที่อยู่/Address			สัญชาติ/Nationality :				
	โทรศัพท์/Tel.			<input type="checkbox"/> บัตรประชาชน/I.D. Card <input type="checkbox"/> อื่น ๆ / Other		เลขที่/No.		
	มือถือ/Mobile			E-mail:				
ชื่อผู้รับผลประโยชน์ / Beneficiary				ความสัมพันธ์ / Relation				
1.				
2.				
3.				
1. ปัจจุบันท่านมีประกันสุขภาพ ชีวิตหรืออุบัติเหตุกับบริษัทประกันอื่นหรือไม่ / Does the applicant have at present health insurance, life insurance or Personal accidental Insurance with other insurance company? (ถ้าท่านตอบ "มี" กรุณาให้รายละเอียดผลประโยชน์ความคุ้มครอง / If yes, please provide benefits details.) <input type="checkbox"/> ไม่มี/No <input type="checkbox"/> มี/Yes								
2. ใบคำขอเอาประกันภัยของท่าน เคยถูกบริษัทประกันภัยปฏิเสธ เลื่อนการประกันภัย เรียกเบี้ยประกันภัยเพิ่มหรือเปลี่ยนแปลงแบบการประกันภัยหรือไม่ Has the applicant ever been rejected or postponed by another insurance company? <input type="checkbox"/> ไม่เคย/No <input type="checkbox"/> เคย/Yes (โปรดระบุ/Please give detail).....								
3. ท่านเคยป่วยเป็นโรคใด หรือได้รับบาดเจ็บ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่ / Has the applicant ever been hospitalized or had an accident? <input type="checkbox"/> ไม่เคย/No <input type="checkbox"/> เคย/Yes (โปรดระบุ/Please give detail).....								
4. ท่านเคยได้รับการผ่าตัด หรือ ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้ผ่าตัดหรือไม่ / Has the applicant ever gone an operation, or had any suggestion from the physician for the operation? <input type="checkbox"/> ไม่เคย/No <input type="checkbox"/> เคย/Yes (โปรดระบุ/Please give detail).....								
5. ขณะนี้ท่านกำลังเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บใช่หรือไม่ / Is the applicant sick or injury at the present? <input type="checkbox"/> ไม่ใช่/No <input type="checkbox"/> ใช่/Yes (โปรดระบุ/Please give detail).....								
6. ในระยะเวลา 5 ปี ที่ผ่านมานี้ท่านเคยเจ็บป่วยเป็นโรคหรือได้รับบาดเจ็บหรือเคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือเคยได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ว่าท่านเป็นโรคหัวใจ โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน โรคตับ โรคเอดส์ โรคมะเร็ง หรือความไม่ปกติอื่นอย่างร้ายแรงหรือไม่ / In the last 5 years, has the applicant ever been hospitalized or injury or was diagnosed as Heart disease, Hypertension, Diabetes Mellitus, Liver disease AIDS, Cancer or any Serious sickness <input type="checkbox"/> ไม่เคย/No <input type="checkbox"/> เคย/Yes (โปรดระบุ/Please give detail).....								

Medical Plan Application

7. ท่านเคยได้รับการรักษาหรือเคยได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ว่าท่านป่วยเป็นโรคดังต่อไปนี้ หรือไม่ โปรดใช้เครื่องหมาย ✓ ในช่อง **ไม่เคย** หรือ **เคย** พร้อมแสดงรายละเอียด / Please check ✓ "No" or "Yes" if the applicant has suffered from the following illness, or injuries. Please give details

โรค และ การรักษาโรค Condition / Diagnosis	ไม่เคย No	เคย Yes	วันที่เริ่มเจ็บป่วย Date of onset	วันที่หายจากโรค Date of recovery	หมายเหตุ Remarks
โรคจิตประสาท / Psychiatric or Nervous Disorder					
ความผิดปกติทางสายตา / Eye Disorder					
โรคเกี่ยวกับ หู คอ จมูก / Ear, Nose and Throat disorder					
โรคภูมิแพ้ / Allergies					
โรคปอด หรือโรกระบบทางเดินหายใจ / Lung or Respiratory tract disorder					
โรคหัวใจ / Heart diseases					
โรคความดันโลหิตสูง หรือ ต่ำ / Hypertension or Hypotension					
โรคเกี่ยวกับการไหลเวียนของโลหิต / Blood circulation system disorder					
โรคกระเพาะอาหาร / Peptic or duodenal ulcer					
โรคลำไส้ใหญ่หรือลำไส้เล็ก / Intestine or bowel disorder					
โรคตับ / Liver diseases					
โรคเบาหวาน / Diabetes Mellitus					
โรคต่อมไทรอยด์ / Thyroid disorders					
โรคไตและทางเดินปัสสาวะ / Kidney or urinary system disorders					
โรคต่อมลูกหมาก / Prostrate diseases					
โรกระบบสืบพันธุ์ชาย-หญิง / Sexual organ dysfunction or infection					
โรคกระดูก / Bones diseases					
โรคไขข้อ โรคกล้ามเนื้อ หรือ โรคเก๊าท์ / Joint, muscle disorder or gout					
โรคผิวหนัง / Skin disease					
โรคมะเร็ง / Cancer					
โรคเนื้องอกไม่ร้ายแรง / Tumor					
โรคของเต้านม / Breast disorder					
โรคเกี่ยวกับมดลูก หรือรังไข่ หรือท่อรังไข่ / Uterus Ovaries or tubes disorder					
ประจำเดือนผิดปกติ / Menstrual disorder					
โรคเอดส์ / AIDS					
อื่นๆ โปรดระบุ / (please specify)					

ถ้อยแถลงข้างต้นเป็นความจริง และสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ และข้าพเจ้าเข้าใจว่าบริษัทเชื่อตามถ้อยแถลงนั้น นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่แพทย์โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใดที่มีบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้า ให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าแก่ บริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด ได้สำเนาภาพถ่ายของการมอบอำนาจนี้ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

All the above statements are true and complete to the best of my knowledge and belief. I hereby authorize any hospital, physician or other person who has attended or examined me, to furnish to the company, or its authorized representative, any and all information with respect to any illness or injury, medical history, and copies of all hospital or medical records. A photocopy of this statement shall be as effective and valid as the original.

(ประทับตราชื่อบริษัท / Company' s stamp) โดย.....ลายเซ็นชื่อ By Signature ตำแหน่ง..... Position	ลายเซ็น.....ผู้ขอเอาประกันภัย Signature Applicant (.....)/...../.....
---	--

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย กระทรวงการคลัง

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดความจริงหรือแถลงข้อความเท็จใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งพาณิชย์ มาตรา 865

Warning by Office of Insurance Commission, Ministry of Finance

The applicant must truthfully answer all questions. Any concealment or misrepresentation of the truth may result in the insurance company refusing to honor insurance claims, as per clause 865 of the Civil and Commercial Code.