



ใบคำขอเอาประกันภัยกรมธรรม์ประกันภัยโรคมะเร็งและอุบัติเหตุพิเศษ

- รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย : ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว)
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ โทรศัพท์
☐ บัตรประชาชน ☐ หนังสือเดินทางเลขที่ (กรุณาแนบสำเนาเพื่อเป็นหลักฐาน)
วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ ปี เพศ ส่วนสูง (ซม.) น้ำหนัก (กก.)
อาชีพ ลักษณะงานที่ทำ รายได้ / เดือน บาท
รายได้อื่นๆ / เดือน บาท สถานที่ทำงาน โทรศัพท์
ผู้รับผลประโยชน์ : ชื่อ-นามสกุล ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย
- รายละเอียดผู้อยู่ในอุปการะ
 - คู่สมรส : ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว)
☐ บัตรประชาชน ☐ หนังสือเดินทางเลขที่ (กรุณาแนบสำเนาเพื่อเป็นหลักฐาน)
วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ ปี เพศ ส่วนสูง (ซม.) น้ำหนัก (กก.)
อาชีพ ลักษณะงานที่ทำ
ผู้รับผลประโยชน์ : ชื่อ-นามสกุล ความสัมพันธ์กับคู่สมรส
 - บุตร : ชื่อ-นามสกุล
☐ บัตรประชาชน ☐ หนังสือเดินทางเลขที่ (กรุณาแนบสำเนาเพื่อเป็นหลักฐาน)
วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ ปี เพศ ส่วนสูง (ซม.) น้ำหนัก (กก.)
อาชีพ ลักษณะงานที่ทำ
ผู้รับผลประโยชน์ : ชื่อ-นามสกุล ความสัมพันธ์กับคู่สมรส
- ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 24.00 น.
ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์เลือกซื้อความคุ้มครอง ☐ แผน 1 ☐ แผน 2 ☐ แผน 3 ☐ รายเดือน ☐ รายปี

ประวัติทางการแพทย์ : ผู้ขอเอาประกันภัย

ความคุ้มครองโรคมะเร็ง

- ท่านเคยเป็น หรือได้รับการบอกกล่าวว่าเป็น หรือกำลังได้รับการตรวจวินิจฉัยเกี่ยวกับโรคมะเร็ง มะเร็งระยะไม่ลุกลาม การเปลี่ยนแปลงในระยะก่อนเป็นมะเร็ง เนื้องอก ก้อนหรือติ่งเนื้อ หรือไม่
☐ ไม่เคย ☐ เคย สาเหตุของความผิดปกติที่ตรวจพบ
เมื่อ(เดือน/ปี) ชื่อโรงพยาบาล
- ในช่วงระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการผ่าตัดหรือพบความผิดปกติของร่างกายที่เป็นนัยสำคัญจากการตรวจสุขภาพหรือไม่?
 - การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Pap Smear)
☐ ไม่เคย ☐ เคย สาเหตุของการผ่าตัด หรือความผิดปกติที่ตรวจพบ
เมื่อ(เดือน/ปี) ชื่อโรงพยาบาล
 - การตรวจเต้านมด้วยเครื่องอัลตราซาวด์
☐ ไม่เคย ☐ เคย สาเหตุของการผ่าตัด หรือความผิดปกติที่ตรวจพบ
เมื่อ(เดือน/ปี) ชื่อโรงพยาบาล
 - การตรวจแมมโมแกรมเต้านม (Mammogram)
☐ ไม่เคย ☐ เคย สาเหตุของการผ่าตัด หรือความผิดปกติที่ตรวจพบ
เมื่อ(เดือน/ปี) ชื่อโรงพยาบาล

2.4 การตรวจต่อมลูกหมาก

☐ ไม่เคย ☐ เคย สาเหตุของการผ่าตัด หรือความผิดปกติที่ตรวจพบ
เมื่อ(เดือน/ปี)..... ชื่อโรงพยาบาล.....

2.5 การตรวจเลือดเกี่ยวกับสารบ่งชี้มะเร็ง

☐ ไม่เคย ☐ เคย สาเหตุของการผ่าตัด หรือความผิดปกติที่ตรวจพบ
เมื่อ(เดือน/ปี)..... ชื่อโรงพยาบาล.....

ในช่วงระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านพบความผิดปกติของร่างกายจากสาเหตุดังต่อไปนี้หรือไม่

2.6 น้ำหนักตัวลดลงเท่ากับหรือมากกว่า 5 กิโลกรัมโดยไม่ทราบสาเหตุ ☐ ไม่พบ ☐ พบ

2.7 บัสสาวะมีเลือดปน ☐ ไม่พบ ☐ พบ

2.8 ไอเรื้อรัง ☐ ไม่พบ ☐ พบ

2.9 ถ่ายอุจจาระมีเลือดปนหรืออุจจาระเป็นสีดำ ☐ ไม่พบ ☐ พบ

2.10 มีอาการท้องเสียหรือท้องผูกเท่ากับหรือมากกว่า 30 วัน ☐ ไม่พบ ☐ พบ

3. ท่านมีการทำประกันภัยโรคมะเร็ง หรือทำประกันภัยอื่นใดที่ให้ความคุ้มครองโรคมะเร็งอีกหรือไม่?

☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุชื่อบริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัย..... บาท

ความคุ้มครองการเสียชีวิต หรือสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ

1. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลไว้กับบริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด(มหาชน) หรือบริษัทประกันชีวิต หรือบริษัทประกันภัยอื่นใดอีกหรือไม่?

☐ ไม่เคย/ ไม่มี ☐ เคย/มี (โปรดระบุบุคคล และรายละเอียด)
บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย

2. ท่านกำลังป่วยเป็น หรือเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกกล่าว หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับโรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งทุกชนิด โรคเอดส์หรือมีเชื้อไวรัส HIV หรือมีความผิดปกติที่ร้ายแรงทางร่างกายหรือจิตใจหรือไม่?

☐ ไม่เคย/ ไม่มี ☐ เคย/มี (โปรดระบุบุคคล และรายละเอียด)

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากร กำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....

☐ ไม่มีความประสงค์

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ได้รับความคุ้มครองเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ได้รับความคุ้มครองเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัย

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้ค่าขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท

เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

วันที่ เดือน พ.ศ. ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย
()

☐ ประกันภัยตรง ☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย ☐ นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทน