



ใบคำขอเอาประกันภัยกรมธรรม์ประกันภัยโรคมะเร็งและอุบัติเหตุพิเศษ

1. 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

2. รายละเอียดผู้อยู่ในอุปการะ (คู่สมรส บุตรตามกฎหมายของผู้ขอเอาประกันภัยหรือของคู่สมรส)
 2.1 ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว)
☐ บัตรประชาชน ☐ หนังสือเดินทางเลขที่ (กรุณาแนบสำเนาเพื่อเป็นหลักฐาน)
 วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ ปี เพศ ส่วนสูง (ซม.) น้ำหนัก (กก.)
 อาชีพ ลักษณะงานที่ทำ ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย
 ผู้รับผลประโยชน์ : ชื่อ-นามสกุล ความสัมพันธ์กับผู้อยู่ในอุปการะ

2.2 ชื่อ-นามสกุล
☐ บัตรประชาชน ☐ หนังสือเดินทางเลขที่ (กรุณาแนบสำเนาเพื่อเป็นหลักฐาน)
 วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ ปี เพศ ส่วนสูง (ซม.) น้ำหนัก (กก.)
 อาชีพ ลักษณะงานที่ทำ ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย
 ผู้รับผลประโยชน์ : ชื่อ-นามสกุล ความสัมพันธ์กับผู้อยู่ในอุปการะ

3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 24.00 น.
 ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์เลือกซื้อความคุ้มครอง ☐ แผน 1 ☐ แผน 2 ☐

ประวัติทางการแพทย์ : ผู้ขอเอาประกันภัยและผู้อยู่ในอุปการะ
ความคุ้มครองโรคมะเร็ง

รายการ	ผู้ขอเอาประกันภัย	ผู้อยู่ในอุปการะ 1	ผู้อยู่ในอุปการะ 2
1. ท่านเคยได้รับการแนะนำจากแพทย์เพื่อรักษาโดยการผ่าตัดหรือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอื่นใด ซึ่งยังไม่ได้กระทำ หรือท่านยังคงมีการเจ็บป่วยมีอาการผิดปกติ เช่น ก้อนเนื้องอก ภาวะเลือดออกผิดปกติ ซีสต์ ซึ่งยังไม่ได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ หรือท่านต้องรับประทุกันหรือใช้ยาเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง หรือไม่	<input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย
	ถ้ามี โปรดระบุชื่อและรายละเอียด ชื่อ-นามสกุล ลักษณะของการผิดปกติที่ตรวจพบ ผลการรักษา เมื่อ (เดือน/ปี) ชื่อโรงพยาบาล		
2. ท่านเคยเป็น หรือได้รับการบอกกล่าวว่าเป็น หรือเคยได้รับคำแนะนำจากแพทย์หรือกำลังได้รับการตรวจวินิจฉัยเกี่ยวกับโรคมะเร็ง มะเร็งระยะไม่ลุกลาม การเปลี่ยนแปลงในระยะก่อนเป็นมะเร็ง เนื้องอก ก้อนหรือติ่งเนื้อ ซีสต์ หรือโรคเอดส์หรือมีเชื้อไวรัส HIV โรคไวรัสตับอักเสบบี ชนิด B หรือ C ปอดอักเสบเรื้อรัง ลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง ตับแข็ง ตับอักเสบ ปากมดลูก หรือช่องคลอดอักเสบเรื้อรัง หรือไม่	<input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย
	ถ้ามี โปรดระบุชื่อและรายละเอียด ชื่อ-นามสกุล ลักษณะของการผิดปกติที่ตรวจพบ ผลการรักษา เมื่อ (เดือน/ปี) ชื่อโรงพยาบาล		

รายการ	ผู้ขอเอาประกันภัย	ผู้อยู่ในอุปการะ 1	ผู้อยู่ในอุปการะ 2
3. ในช่วงระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมาท่านเคยได้รับการผ่าตัด หรือพบความผิดปกติของร่างกายที่เป็นนัยสำคัญจากการตรวจสุขภาพ หรือการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Pap Smear) หรือการตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ หรือการตรวจแมมโมแกรมเต้านม (Mammogram) หรือการตรวจต่อมลูกหมาก หรือการตรวจเลือดเกี่ยวกับสารบ่งชี้มะเร็ง หรือไม่?	<input type="checkbox"/> พบ <input type="checkbox"/> ไม่พบ ถ้าพบ โปรดระบุความผิดปกติที่พบ	<input type="checkbox"/> พบ <input type="checkbox"/> ไม่พบ ถ้าพบ โปรดระบุความผิดปกติที่พบ	<input type="checkbox"/> พบ <input type="checkbox"/> ไม่พบ ถ้าพบ โปรดระบุความผิดปกติที่พบ
4. ในช่วงระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านพบความผิดปกติของร่างกายว่ามีน้ำหนักตัวลดลงเท่ากับหรือมากกว่า 5 กิโลกรัมโดยไม่ทราบสาเหตุ หรือมีปัสสาวะมีเลือดปน หรือไอเรื้อรัง หรือถ่ายอุจจาระมีเลือดปนหรืออุจจาระเป็นสีดำ หรือมีอาการท้องเสียหรือท้องผูกเท่ากับหรือมากกว่า 30 วัน หรือไม่	<input type="checkbox"/> พบ <input type="checkbox"/> ไม่พบ ถ้าพบ โปรดระบุความผิดปกติที่พบ	<input type="checkbox"/> พบ <input type="checkbox"/> ไม่พบ ถ้าพบ โปรดระบุความผิดปกติที่พบ	<input type="checkbox"/> พบ <input type="checkbox"/> ไม่พบ ถ้าพบ โปรดระบุความผิดปกติที่พบ
5. ท่านมีการทำประกันภัยโรคมะเร็ง หรือทำประกันภัยอื่นใด ที่ให้ความคุ้มครองโรคมะเร็งอีกหรือไม่?	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ถ้ามี โปรดระบุชื่อบริษัท	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ถ้ามี โปรดระบุชื่อบริษัท	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ถ้ามี โปรดระบุชื่อบริษัท

ความคุ้มครองการเสียชีวิต หรือสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ

รายการ	ผู้ขอเอาประกันภัย	ผู้อยู่ในอุปการะ 1	ผู้อยู่ในอุปการะ 2
1. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลไว้กับบริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด(มหาชน) หรือบริษัทประกันชีวิต หรือบริษัทประกันภัยอื่นใดอีกหรือไม่?	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ถ้ามี โปรดระบุชื่อบริษัท	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ถ้ามี โปรดระบุชื่อบริษัท	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ถ้ามี โปรดระบุชื่อบริษัท
2. ท่านกำลังป่วยเป็น หรือเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกรักว่า หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับโรคลมชัก โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งทุกชนิด โรคเอดส์หรือมีเชื้อไวรัส HIVหรือมีความผิดปกติที่ร้ายแรงทางร่างกายหรือจิตใจหรือไม่?	<input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย ถ้ามี โปรดระบุชื่อและรายละเอียด ชื่อ-นามสกุล รายละเอียด	<input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย

ข้าพเจ้ารับทราบและแจ้งต่อให้ผู้อยู่ในอุปการะรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลบริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด (มหาชน) (สำหรับลูกค้าและผู้มุ่งหวัง) และยินยอมให้บริษัทเก็บ รวบรวม ใช้ และเปิดเผย หรือโอนข้อมูลของข้าพเจ้าและผู้อยู่ในอุปการะ ตามวัตถุประสงค์ที่บริษัทแจ้งในนโยบายซึ่งรวมถึงการเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้าและผู้อยู่ในอุปการะ ต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ข้าพเจ้าขอรับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า และผู้อยู่ในอุปการะ ที่ให้แก่บริษัท และตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท และจะแจ้งบริษัทหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของผู้อยู่ในอุปการะที่ได้ให้ไว้

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ได้รับความคุ้มครองเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ข้าพเจ้ารับทราบว่าหากข้าพเจ้าและผู้อยู่ในอุปการะไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัย เพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้ได้ หากบริษัทพิจารณารับประกันภัย ข้าพเจ้าประสงค์จะเลือกรับกรมธรรม์ประกันภัยผ่านทางช่องทางดังนี้

- ☐ รับเป็น e-policy ทางอีเมล (Email) ที่ระบุไว้
- ☐ รับเป็นเอกสาร โดยส่งให้ทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ระบุไว้

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทวิริยะประกันภัย จำกัด (มหาชน) ส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด เพื่อการใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรดังนี้

- ☐ ไม่มีความประสงค์ใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้
- ☐ มีความประสงค์ใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence)

ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่.....

เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

วันที่ เดือน พ.ศ. ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย
(.....)

☐ การประกันภัยโดยตรง ☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย ☐ นายหน้าประกันวินาศภัย โบราณคดีเลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865