

เอกสารขอรายละเอียดเพิ่มเติม การติดเชื้อ Covid 19 เพื่อประกอบการพิจารณารับประกันภัย

ท่านเคยมีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา Covid19 หรือไม่	
ไม่เคย	
เคย (หากเคย โปรดระบุรายละเอียดเพิ่มเติมด้านล่าง)	
วันที่ตรวจ	
ตรวจโดยวิธี ATK RT PCR	
ตรวจด้วยตนเอง สถานพยาบาล (โปรดระบุชื่อ)	
ซื้อยาทานเอง ไม่ได้พบแพทย์ รักษาตัวที่บ้านวันที่ ถึงวัน	
รับยาจากสถานพยาบาล (โปรดระบุชื่อ) แ	
เข้ารักษาที่โรงพยาบาล หรือ Hospitel หรือ โรงพยาบาลสนาม (โป	·
วันที่เข้ารักษา วันที่ออกจากสถานพยาบา	ର
การตรวจเอ็กซเรย์ปอด	
ไม่ได้รับการตรวจ	
ได้รับการตรวจ วันที่ สถานที่ตรวจ	
ผลตรวจเอ็กซเรย์ปอด ปกติ	
ผลตรวจเอ็กซเรย์ปอด ผิดปกติ โปรดอธิบาย	
หมายเหตุ :	
 กรณีมีเอกสารทางการแพทย์กรุณาแนบมาพร้อมใบสมัคร 	
2. ทางฝ่ายพิจารณารับประกันภัยสุขภาพอาจร้องขอเอกสารทางการแพทย์เ	เพิ่มเติมเพื่อประกอบการพิจารณาตามเงื่อนไขการรับ
ประกันภัยของบริษัทฯ	
ลงนามโดยผู้สมัคร / Customer's Signature	
วันที่ / Date	
	ปรับปรุงวันที่ 1 ตุลาคม 2565

บริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด (มหาชน) 121/28, 121/65 อาคารอาร์ เอส ทาวเวอร์ ถนนรัชตาภิเษก แขวงดินแดง เขตตินแดง กรุงเทพมหานคร 10400 โทร 0 2129 8888 www.viriyah.co.th

THE VIRIYAH INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED 121/28, 121/65 RS Tower, Ratchadapisek Rd., Dindaeng Bangkok 10400 THAILAND Tel. 0 2129 8888 www.viriyah.co.th

ทะเบียนเลขที่ 0107555000139 | 59/1,000/1/CK/L1007-007N.