



วิริยะประกันภัย  
THE VIRIYAH INSURANCE

## เอกสารขอรายละเอียดเพิ่มเติม การติดเชื้อ Covid 19 เพื่อประกอบการพิจารณารับประกันภัย

ท่านเคยมีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา Covid19 หรือไม่

\_\_\_\_\_ ไม่เคย

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

วันที่ตรวจ \_\_\_\_\_

ตรวจโดยวิธี ☐ ATK ☐ RT PCR

☐ ตรวจด้วยตนเอง ☐ สถานพยาบาล (โปรดระบุชื่อ) \_\_\_\_\_

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

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

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

วันที่เข้ารับรักษา \_\_\_\_\_ วันที่ออกจากสถานพยาบาล \_\_\_\_\_

### การตรวจเอ็กซเรย์ปอด

☐ ไม่ได้รับการตรวจ

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

☐ ผลตรวจเอ็กซเรย์ปอด ปกติ

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

### หมายเหตุ :

- กรณีมีเอกสารทางการแพทย์กรุณานำมาพร้อมใบสมัคร
- ทางฝ่ายพิจารณารับประกันภัยสุขภาพอาจร้องขอเอกสารทางการแพทย์เพิ่มเติมเพื่อประกอบการพิจารณาตามเงื่อนไขการรับประกันภัยของบริษัทฯ

ลงนามโดยผู้สมัคร / Customer's Signature .....

วันที่ / Date .....

ปรับปรุงวันที่ 1 ตุลาคม 2565