



บริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด
THE VIRIYAH INSURANCE CO., LTD.

121/28,121/65 อาคารอาร์ เอส ทาวเวอร์ ชั้น 6,19 ถนนรัชดาภิเษก แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร 10400

ใบคำขอเอาประกันภัย
กรมธรรม์ประกันภัยพิบัติชุมชน

1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย (ผู้กู้) ชื่อ-นามสกุล นาย/นาง/นางสาว..... <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวข้าราชการ หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ เลขที่ สถานภาพ โสด สมรส ม่าย หย่า <input type="checkbox"/> วัน/เดือน/ปีเกิด น้ำหนัก/ส่วนสูง/..... เชื้อชาติ / สัญชาติ/..... ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... สถานที่ทำงาน : ที่อยู่ โทรศัพท์	
2. ชื่อ-ที่อยู่ ผู้รับประโยชน์ : ชื่อสถาบันการเงิน..... (ตามภาระผูกพัน)	ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย : ผู้ให้กู้
3. ประเภทสินค้าที่เข้าชื่อ :	
4. จำนวนเงินเอาประกันภัยที่ต้องการ (เท่ากับจำนวนเงินกู้)..... บาท	ระยะเวลาผ่อนชำระเงินกู้: ปี
5. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ เวลา 12.00 น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 12.00 น.	
6. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือการขอเอาประกันภัยโรคร้ายแรง หรือ ถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือ เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ โปรดระบุ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
7. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วย หรือ ได้รับบาดเจ็บ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุของโรค หรือบาดเจ็บร้ายแรง ใช่หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ โปรดระบุ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
8. ท่านเคยได้รับการรักษา หรือเคยได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ ว่าท่านเป็นโรคถุงลมโป่งพองในปอด วัณโรค โรคไตเรื้อรัง หรือไตวาย โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) โรคหัวใจ หรือหลอดเลือดหัวใจ โรคเมเร็งทุกชนิด โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคตับแข็ง หรือตับอักเสบจากเชื้อไวรัส B,C โรคเอดส์ หรือ มีเลือดบวกต่อเชื้อไวรัส HIV หรือโรคร้ายแรงอื่นใด หรือมีโรคประจำตัวใช่หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ โปรดระบุ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
9. ขณะนี้ท่านกำลังเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ หรือมีอวัยวะส่วนหนึ่งส่วนใดพิการหรือไม่สมประกอบ หรือมีความบกพร่องทางจิตใจใช่หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ โปรดระบุ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
10. ท่านเคยใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือดื่มสุรา หรือสิ่งมึนเมา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ หรือเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังหรือยาเสพติดให้โทษ ใช่หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ โปรดระบุ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยแถลงข้างต้นนั้นเป็นจริงและสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ นอกจากนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาลหรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้า ที่จะมอบข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพร่างกายของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV ให้แก่ บริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว	
ลงชื่อ ผู้ขอเอาประกันภัย	
()	
ตัวแทน นายหน้าประกันรายนี้	ใบอนุญาตเลขที่.....
คำเตือนของกรมการประกันภัยกระทรวงพาณิชย์	
ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญานี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้	