

ประกันสุขภาพ

จ่ายน้อย...
คุ้มครองสูง

เปี่ยมใจ
รักษ์



วิริยะประกันภัย
THE VIRIYAH INSURANCE



ตอบใจทุก..คนทำงาน

ที่ต้องการเพิ่มเติมสวัสดิการ เติมเต็มความคุ้มครอง








ความมั่นคง คือ ใจหมาย

เปี่ยมใจรักษ์ ประกันสุขภาพ

ตอบโจทย์คนทำงาน ครบทุกความต้องการ เรื่องสุขภาพ



จุดเด่น ผลประโยชน์ความคุ้มครอง

-  ผลประโยชน์เข้าใจง่าย เหม่าจ่ายรายปี สูงสุด 770,000 บาท
-  ยื่นบัตรไม่ต้องสำรองจ่าย
-  ไม่ปฏิเสธการต่ออายุแม้มีเคลม
-  ไม่ต้องตรวจสุขภาพก่อนทำประกัน
-  ซื้อประกันสุขภาพโดยไม่ต้องพ่วงประกันชีวิต
-  พิเศษกับส่วนลดประวัติดี
-  ลดหย่อนภาษีได้สูงสุด 15,000 บาท

ตารางผลประโยชน์ความคุ้มครอง ค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม (ผู้ป่วยใน)	ผลประโยชน์ (บาท)		
	แผน 330,000	แผน 550,000	แผน 770,000
ความคุ้มครองสูงสุดต่อปี	330,000	550,000	770,000
ค่าห้อง ค่าอาหาร และค่าบริการพยาบาลต่อวัน			
ค่าห้องผู้ป่วยปกติ (สูงสุดไม่เกิน 365 วันต่อการเข้าพักรักษาตัวครั้งใดครั้งหนึ่ง)	2,500	3,500	4,500
ค่าห้องผู้ป่วยหนัก (สูงสุดไม่เกิน 15 วันต่อการเข้าพักรักษาตัวครั้งใดครั้งหนึ่ง)	5,000	7,000	9,000
ค่ารักษาพยาบาลและค่าบริการทั่วไป			
ค่ารักษาพยาบาลทั่วไป		จ่ายตามจริง*	
ค่ายาผู้ป่วยกลับบ้าน		5,000	
ค่ารักษาพยาบาลฉุกเฉิน (ER OPD) เนื่องจากการบาดเจ็บภายใน 24 ชม. หลังจากเกิดอุบัติเหตุ รวมทั้งการรักษาต่อเนื่องภายใน 31 วัน หลังจากวันที่ได้รับการรักษาครั้งแรก		จ่ายตามจริง*	
ค่าบริการรถพยาบาล	2,000	2,000	2,000
ค่าธรรมเนียมแพทย์			
ค่าธรรมเนียมแพทย์ผ่าตัด สำหรับแพทย์หรือคณะแพทย์ ผู้ช่วยศัลยแพทย์ หรือแพทย์ที่ทำการผ่าตัดหรือหัตถการทางการแพทย์			
ค่าธรรมเนียมแพทย์วิสัญญี / พยาบาลวิสัญญี		จ่ายตามจริง*	
ค่าแพทย์เยี่ยมไข้ หรือค่าบริการแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค			
ผลประโยชน์การประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล (อ.บ. 2)			
การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟังเสียง การพูดออกเสียงหรือทุพพลภาพถาวรจากอุบัติเหตุทั่วไป อ.บ. 2 (รวมการถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกายและอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)		100,000	
สามารถเลือกวงเงินความรับผิดชอบแรกต่อปี เพื่อลดค่าเบี้ยได้ 2 แบบ			
ความรับผิดชอบส่วนแรกต่อปี		20,000 / 50,000	

* จ่ายตามจริง จะไม่เกินวงเงินสูงสุดตามเงื่อนไขที่กำหนด

*เงื่อนไขเป็นไปตามที่บริษัทฯ กำหนด

 ผู้ซื้อควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครองและเงื่อนไขก่อนตัดสินใจทำประกันทุกครั้ง

ความคุ้มครองเพิ่มเติม

การรักษาพยาบาลที่ไม่ได้รักษาตัวในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม (ผู้ป่วยนอก)

ครั้งละ 1,000 บาท (สูงสุด 1 ครั้ง/วัน และ ไม่เกิน 30 ครั้ง/ปี)

ครั้งละ 1,500 บาท (สูงสุด 1 ครั้ง/วัน และ ไม่เกิน 30 ครั้ง/ปี)

ครั้งละ 2,500 บาท (สูงสุด 1 ครั้ง/วัน และ ไม่เกิน 30 ครั้ง/ปี)

เงื่อนไขการรับประกันภัย

- ผู้เอาประกันภัยมีอายุ 15 วัน - 60 ปีบริบูรณ์ (สามารถต่ออายุได้สูงสุดถึงอายุ 80 ปีบริบูรณ์)
- ผู้เอาประกันภัยมีอายุ 61 ปี - 65 ปีบริบูรณ์ (สามารถต่ออายุได้สูงสุดถึงอายุ 70 ปีบริบูรณ์)
- ผู้เอาประกันที่อายุระหว่าง 15 วัน ถึง 9 ปี ต้องสมัครพร้อมบิดาหรือมารดาอย่างน้อย 1 คน และแผนประกันจะต้องให้ความคุ้มครองที่ต่ำกว่าหรือเทียบเท่ากับบิดาหรือมารดา หรือผู้ปกครองโดยชอบธรรม
- บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์การพิจารณาใบคำขอฯ ตามหลักเกณฑ์การรับประกันภัยของบริษัทฯ และผ่านเกณฑ์การพิจารณารับประกันภัยของบริษัทฯ
- ความคุ้มครองการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจะคุ้มครองทันที ในวันที่กรมธรรม์มีผลบังคับครั้งแรก

เงื่อนไขและข้อยกเว้นที่สำคัญ

- การเจ็บป่วยใดๆ ที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 30 วัน (Waiting Period) หลังจากที่กรมธรรม์ประกันภัยมีผลบังคับครั้งแรก
- การเจ็บป่วยดังต่อไปนี้ที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 120 วัน (Waiting Period) หลังจากที่กรมธรรม์ประกันภัยมีผลบังคับครั้งแรก
เนื้องอก ถุงน้ำ หรือมะเร็งทุกชนิด, ริดสีดวงทวาร, ไส้เลื่อนทุกชนิด, ต้อเนื้อหรือต้อกระจก, การตัดทอนซิล หรือ扁桃腺, นิ้วทุกชนิด, เส้นเลือดขาดที่ขา, เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่
- โรคที่เป็นมาแต่กำเนิด โรคเรื้อรัง การบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยที่ยังมิได้รับการรักษาให้หาย ก่อนวันทำสัญญาประกันภัย

หมายเหตุ

- เงื่อนไขและข้อยกเว้นข้างต้นนี้ เป็นเพียงส่วนหนึ่งเท่านั้น โปรดศึกษารายละเอียดและข้อยกเว้นความคุ้มครองเพิ่มเติม ในกรมธรรม์ประกันภัย
- ผู้ซื้อควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครอง และเงื่อนไขก่อนตัดสินใจทำประกันทุกครั้ง

บริษัท วิริยะ-ประกันภัย จำกัด (มหาชน)



ตารางเบี้ยประกันภัย สำหรับรายบุคคล (รวมอากรแสตมป์)
Table of individual subscriptions (Includes stamp duty)

ตารางค่าเบี้ยผู้ป่วยใน / Hospitalization Only

ช่วงอายุ (ปี) Age Band (year)	เบี้ยประกันภัยรายปี Annual Premium								
	แผน 330,000			แผน 550,000			แผน 770,000		
ความรับผิด ส่วนแรก	-	20,000	50,000	-	20,000	50,000	-	20,000	50,000
15 วัน (days)-5	29,532	17,916	10,692	34,608	22,992	15,768	39,684	28,068	20,844
6 -10	7,200	4,848	3,264	8,628	6,276	4,704	10,068	7,716	6,132
11 - 15	8,484	5,676	3,804	10,188	7,392	5,508	11,904	9,096	7,224
16 - 20	9,324	6,228	4,152	11,208	8,112	6,036	13,092	9,996	7,920
21 - 25	10,260	6,840	4,548	12,336	8,916	6,624	14,412	11,004	8,712
26 - 30	10,716	7,140	4,740	12,888	9,324	6,924	15,072	11,496	9,108
31 - 35	11,172	7,440	4,932	13,452	9,720	7,212	15,732	11,988	9,492
36 - 40	11,616	7,728	5,124	13,980	10,092	7,488	16,356	12,468	9,864
41 - 45	12,192	8,100	5,352	14,676	10,596	7,848	17,172	13,092	10,344
46 - 50	12,720	8,448	5,580	15,336	11,052	8,184	17,940	13,668	10,788
51 - 55	13,620	9,024	5,952	16,416	11,820	8,748	19,212	14,628	11,544
56 - 60	14,988	9,924	6,528	18,072	13,008	9,612	21,156	16,092	12,696
61 - 65	17,808	11,784	7,752	21,480	15,456	11,424	25,152	19,128	15,096

ช่วงอายุ (ปี) Age Band (year)	เบี้ยประกันภัยรายเดือน Monthly Premium								
	แผน 330,000			แผน 550,000			แผน 770,000		
ความรับผิด ส่วนแรก	-	20,000	50,000	-	20,000	50,000	-	20,000	50,000
15 วัน (days)-5	2,461	1,493	891	2,884	1,916	1,314	3,307	2,339	1,737
6 -10	600	404	272	719	523	392	839	643	511
11 - 15	707	473	317	849	616	459	992	758	602
16 - 20	777	519	346	934	676	503	1,091	833	660
21 - 25	855	570	379	1,028	743	552	1,201	917	726
26 - 30	893	595	395	1,074	777	577	1,256	958	759
31 - 35	931	620	411	1,121	810	601	1,311	999	791
36 - 40	968	644	427	1,165	841	624	1,363	1,039	822
41 - 45	1,016	675	446	1,223	883	654	1,431	1,091	862
46 - 50	1,060	704	465	1,278	921	682	1,495	1,139	899
51 - 55	1,135	752	496	1,368	985	729	1,601	1,219	962
56 - 60	1,249	827	544	1,506	1,084	801	1,763	1,341	1,058
61 - 65	1,484	982	646	1,790	1,288	952	2,096	1,594	1,258

- บริษัทฯ สงวนสิทธิ์ในการปรับปรุงอัตราเบี้ยประกันโดยมิต้องแจ้งให้ท่านทราบล่วงหน้า
- ไม่สามารถซื้อแผนประกันภัยผู้ป่วยนอก (OPD) อย่างเดียวได้



ตารางเบี้ยประกันภัย สำหรับรายบุคคล (รวมอากรแสตมป์)
Table of individual subscriptions (Includes stamp duty)

ตารางค่าเบี้ยผู้ป่วยนอก / Outpatient Only

ช่วงอายุ (ปี) Age Band (year)	เบี้ยประกันภัยรายปี Annual Premium		
	1,000	1,500	2,500
15 วัน (days) - 5	12,732	19,104	31,824
6 - 9	10,872	16,296	27,168
10	7,920	11,880	19,788
11 - 15	7,920	11,880	19,788
16 - 20	5,784	8,676	14,448
21 - 25	4,656	6,972	11,628
26 - 30	4,656	6,972	11,628
31 - 35	5,088	7,620	12,696
36 - 40	5,088	7,620	12,696
41 - 45	6,648	9,960	16,596
46 - 50	6,648	9,960	16,596
51 - 55	7,860	11,796	19,656
56 - 60	8,520	12,780	21,288
61 - 65	9,012	13,512	22,512

ตารางค่าเบี้ยผู้ป่วยนอก / Outpatient Only

ช่วงอายุ (ปี) Age Band (year)	เบี้ยประกันภัยรายเดือน Monthly Premium		
	1,000	1,500	2,500
15 วัน (days) - 5	1,061	1,592	2,652
6 - 9	906	1,358	2,264
10	660	990	1,649
11 - 15	660	990	1,649
16 - 20	482	723	1,204
21 - 25	388	581	969
26 - 30	388	581	969
31 - 35	424	635	1,058
36 - 40	424	635	1,058
41 - 45	554	830	1,383
46 - 50	554	830	1,383
51 - 55	655	983	1,638
56 - 60	710	1,065	1,774
61 - 65	751	1,126	1,876

- บริษัทฯ สงวนสิทธิ์ในการปรับปรุงอัตราเบี้ยประกันโดยมิต้องแจ้งให้ท่านทราบล่วงหน้า
- ไม่สามารถซื้อแผนประกันภัยผู้ป่วยนอก (OPD) อย่างเดียวได้



ใบคำขอเอาประกันภัยกรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล
Proposal Form Individual Health and Accident Insurance Policy

1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย : The Applicant's personal information : แผนประกันภัย : Insurance Plan :

ชื่อ-นามสกุล..... เพศ ชาย หญิง
Name — Last Name Gender Male Female

พาสปอร์ต/บัตรประชาชน : Passport No. / ID No. วันเดือนปีเกิด : Date of Birth อายุ : Age ปี : years

น้ำหนัก : Weight กก. : kg. / ส่วนสูง : Height ซม. : cm. เชื้อชาติ : Race / สัญชาติ : Nationality

ที่อยู่ปัจจุบัน : Current Address

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อสะดวก : Telephone Number : บ้าน : Home Phone มือถือ : Mobile Phone

สถานที่ติดต่อสะดวก/ส่งเอกสาร : Preferred Mailing Address : ที่อยู่ปัจจุบัน : Current Address อื่น ๆ ระบุ : Others, please state.....

อาชีพปัจจุบัน/ตำแหน่ง : Occupation / Position held ลักษณะงานโดยสังเขป : Job description

การชำระค่าเบี้ยประกันภัย ราย 1 เดือน : ราย 3 เดือน ราย 6 เดือน รายปี
Payment of the premium Monthly first 3 consecutive months first 6 consecutive months Annually

2. รายละเอียดผู้รับประโยชน์ : The Beneficiary's personal information :

ชื่อ-นามสกุล..... ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....
Name — Last Name Relationship to the Applicant.....

3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : Period of Insurance : เริ่มต้นวันที่:From.....เวลา:at.....น. hours
สิ้นสุดวันที่:To..... เวลา:at 16.30 น.hours

4. คำแถลงเกี่ยวกับสุขภาพและอื่นๆ : Health Questions and others

4.1 ท่านเคยถูกบริษัทประกันภัยปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต ประกันสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลหรือการขอต่ออายุสัญญาประกันภัย สำหรับการขอเอาประกันภัยจากบริษัทนี้ หรือบริษัทอื่น หรือไม่
Have you ever been rejected or prevented from buying or renewing life insurance, health insurance, critical illnesses insurance, or personal accident insurance whether from this company or others?
 ไม่เคย : No เคย (โปรดระบุบริษัท) : Yes (Please state the name of the company)

4.2 ท่านเคยได้รับเชื้อ มีอาการ หรือได้รับการวินิจฉัยรักษา รับการผ่าตัด รับการบำบัดหรืออยู่ระหว่างการพักฟื้น ตลอดจนรับการปรึกษาและคำแนะนำจากแพทย์ด้วยโรคดังต่อไปนี้ หรือไม่ (ถ้าตอบเคย โปรดระบุเพิ่มเติม)
Have you ever been infected, had symptoms, diagnosed, ever undergone a surgical procedure, been or being treated, or ever consulted a doctor due to the following diseases, symptoms, or conditions? (If yes, Please state)

- โรคมะเร็งทุกชนิด
Cancer

ไม่เคย : No เคย โปรดระบุ : Yes, please state

- โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ความผิดปกติทางสมอง สมองเสื่อม โรคพาร์กินสัน โรคลชัก
Stroke, Brain disorders, Alzheimer's disease, Parkinson's disease, or Epilepsy

ไม่เคย : No เคย โปรดระบุ : Yes, please state
- โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ โรคความดันโลหิตสูง
Heart disease and Coronary Artery disease , High blood pressure

ไม่เคย : No เคย โปรดระบุ : Yes, please state
- โรคไตเรื้อรังหรือไตวาย โรคตับหรือมีไขมันตับ โรคตับแข็ง โรควัฒ์ตับอักเสบ ดีซ่าน โรคตับอ่อนอักเสบ โรคนิ่ว โรคทางเดินปัสสาวะ
ทางเดินน้ำดี ท้องมาน โรคพิษสุราเรื้อรัง
Chronic Kidney disease or Kidney failure, Splenohepatomegalia, Cirrhosis, Hepatitis, Jaundice, Pancreatitis, Gallstones,
Urinary system disease, Biliary disease, Ascites, Alcoholism

ไม่เคย : No เคย โปรดระบุ : Yes, please state
- โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV
AIDS or positive HIV test

ไม่เคย : No เคย โปรดระบุ : Yes, please state
- โรคเอสแอลอี (SLE) โรคเอ็มเอส (Multiple Sclerosis) โรครอห์น (Crohn's disease)
SLE, Multiple Sclerosis, Crohn's disease

ไม่เคย : No เคย โปรดระบุ : Yes, please state
- อัมพฤกษ์ อัมพาต ทูพพลภาพ พิการ โรคจิตประสาท เคยใช้สารเสพติด
Paresis, Paralysis, Disability, Neurosis, or ever used drug substance

ไม่เคย : No เคย โปรดระบุ : Yes, please state
- โรคเบาหวาน คอพอก โรคไทรอยด์ หรือ โรคใด ๆ ของต่อมไร้ท่อ
Diabetes, Goiter, Thyroid disease, other Endocrine system disease

ไม่เคย : No เคย โปรดระบุ : Yes, please state
- โรคเก๊าท์ (Gout) โรคข้ออักเสบ โรคอื่น ที่เกี่ยวกับกระดูกหรือข้อต่อ
Gout, Arthritis, other Bones or Joints disorder

ไม่เคย : No เคย โปรดระบุ : Yes, please state
- โรคทาลัสซีเมีย โรคเลือด โรคที่เกี่ยวกับเกล็ดเลือด ดาวน์ซินโดม หรือ โรคทางพันธุกรรม
Thalassemia, Blood disease, Platelet disorder, Down syndrome, Genetic disease

ไม่เคย : No เคย โปรดระบุ : Yes, please state
- โรคหอบหืด โรคปอดอักเสบ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ถุงลมโป่งพอง หรือวัณโรคปอด
Asthma, Pneumonia, Chronic obstructive pulmonary disease, Emphysema, Pulmonary tuberculosis

ไม่เคย : No เคย โปรดระบุ : Yes, please state

- เนื้องอก ซีสต์ ตุ่มเนื้อ ก้อนหรือถุงน้ำ

Tumor, Cyst, Polyp, Lump

ไม่เคย : No เคย โปรดระบุ : Yes, please state

- โรคเกี่ยวกับมดลูก เยื่อบุมดลูก รังไข่ ท่อรังไข่ หรือโรคอื่นของระบบอวัยวะสืบพันธุ์

Uterus, Endometrium, Ovary, or Oviduct related disease or other reproductive system disease

ไม่เคย : No เคย โปรดระบุ : Yes, please state

- โรคอื่น ๆ หรือโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ นอกเหนือจากที่กล่าวมาข้างต้น

Other disease or other chronic disease which are not mentioned above.

ไม่เคย : No เคย โปรดระบุ : Yes, please state

4.3 ในระยะเวลา 5 ปี ที่ผ่านมา ท่านเคยรับการตรวจ เช่น ตรวจเลือด, ปัสสาวะ, คลื่นหัวใจ, อัลตราซาวด์, เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์, ตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า หรือส่งชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา เป็นต้น หรือไม่

During the past 5 years, have you ever had any of the following tests done: blood test, urine test, electrocardiogram, ultrasound, x-ray, MRI, or biopsy?

ไม่เคย : No เคย โปรดระบุการตรวจ/การวินิจฉัยและผลการตรวจ : Yes, please state the test and result

4.4 ท่านเคยได้รับการแนะนำจากแพทย์เพื่อรักษาโดยการผ่าตัด หรือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอื่นใด ซึ่งยังไม่ได้กระทำ หรือ ท่านยังคงมี การเจ็บป่วย อาการผิดปกติ ซึ่งยังไม่ได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ เช่น ก้อนเนื้องอก ภาวะเลือดออกผิดปกติ หรืออื่นๆ อยู่หรือไม่

Have you ever been advised to have a surgical operation or investigative procedure which has not yet been performed or are you currently suffering from any symptoms for which you have not yet consulted a doctor (for example : lumps, bleeding, or others)?

ไม่เคย/ไม่มี : No เคย/ใช่ โปรดระบุรายละเอียด : Yes, please state

4.5 ปัจจุบันท่านต้องรับประทานหรือใช้ยาอะไรเป็นประจำหรือต่อเนื่อง หรือไม่

Do you currently need to take any medication regularly?

ไม่ใช่/ไม่มี : No

ใช่/มี โปรดระบุรายละเอียดชื่อยา/สาเหตุหรือโรคที่เป็น : Yes, please state the name of medicine and the cause of illness ..

4.6 ท่านมีอวัยวะส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกายพิการและ/หรือทุพพลภาพ หรือไม่

Is there any part of your body considered being disabled?

ไม่มี : No มี โปรดระบุรายละเอียด : Yes, please state

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่

ไม่มีความประสงค์

I hereby request the insurance company to provide the insurance policy with the terms and conditions according to your standard policy and I declare that above statements are complete and true. I agree to have this application form included in the contract between I and the Company. Should there be any false statement or any truth being concealed, I agree to let the Company cancel this insurance policy. Besides, I also authorize Viriyah Insurance Public Co., Ltd. to request for any kind of information regarding to my personal health treatment or health condition records from any physician, hospital, clinic or any other organization which has any of my health information or record including the testing result of HIV.

The Applicant allows the company to collect, use and reveal the truth about the Applicant's medical records and other information to the Office of Insurance Commission (OIC) in order to regulate the insurance industry.

Would you like to claim for personal income tax deduction with this health insurance premium?

Yes, and I permit the insurer to send and reveal the information about this insurance premium to the Revenue Department. If the applicant is a non-Thai resident, please enter the taxpayer ID number given by the Revenue Department:

.....

No

ผู้สมัคร/ผู้ขอเอาประกันภัย Applicant's signature

()

วันที่ขอเอาประกัน:Date/...../.....

การประกันภัยโดยตรง : Direct

ใบอนุญาตเลขที่ :

ตัวแทนประกันวินาศภัย : Agent

License No.

นายหน้าประกันวินาศภัย : Broker

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

Warning from the Office of Insurance Commission (OIC)

The Applicant must truthfully answer all the questions in this application form. Any concealment or false statement may result in the insurance company refusing to pay claims according to the Civil and Commercial Code, Section 865.