PRUDENTIAL
พรูเด็นเชียล ประกันชีวิต

บริษัท พรูเด็นเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
944 มิตรทาวน์ ออฟฟิศ ทาวเวอร์ ชั้น 10, 29 - 31 ถนนพระราม 4 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
ศูนย์บริการลูกค้า : โทรศัพท์ 1621 ไลน์ : @PrudentialThailand
อีเมล : hotline@prudential.co.th เว็บไซต์ : www.prudential.co.th
ทะเบียนและเลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากรเลขที่ 0107537001897

คำแถลงสุขภาพของผู้เอาประกันภัย

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้เอาประกันชีวิตจงตอบคำถาม ตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน ตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

คำแนะนำในการกรอกคำแถลงสุขภาพของผู้เอาประกันภัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เอาประกันภัย ใช้สำหรับทุกกรมธรรม์

ส่วนที่ 2 ใช้สำหรับกรมธรรม์ที่อนุมัติมาตรฐานและขาดอายุไม่เกิน 180 วัน โดยใช้สำหรับผู้เอาประกันภัยที่บรรลุนิติภาวะ หรือผู้ที่มีรายได้แล้ว

ส่วนที่ 3 ใช้สำหรับผู้เอาประกันภัยเยาวชน (เด็ก) ในกรณีที่มีสัญญาเพิ่มเติมผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (PB) จะต้องให้ผู้ปกครอง/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรอกข้อความในส่วนที่ 2 ด้วย

หมายเหตุ : ผู้เอาประกันภัยจะต้องเซ็นชื่อในหน้า 3

เพื่อใช้ประกอบการพิจารณา

❑ การต่ออายุกรมธรรม์

❑ การเพิ่มสัญญาเพิ่มเติม..... ❑ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

ตัวแทน..... รหัส..... สาขา.....

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ .....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	ข้อมูลของผู้เอาประกันภัย (อายุ 17 ปี ขึ้นไป)	ข้อมูลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีซื้อ PB)
ก) ชื่อ และนามสกุล	ก)	ก) .....
ข) อายุ (ปี)	ข) ..... ปี	ข) ..... ปี
ค) สถานภาพสมรส	ค) ❑ โสด ❑ สมรส ❑ หม้าย ❑ หย่า	ค) ❑ โสด ❑ สมรส ❑ หม้าย ❑ หย่า
ง) อาชีพและหน้าที่การงานประจำวัน	ง)	ง) .....
จ) ที่ทำงาน, ลักษณะธุรกิจ	จ)	จ) .....
ฉ) ท่านมีประกันชีวิต (รวมการประกันอุบัติเหตุ) ที่มีผลบังคับอยู่หรือกำลังรอการอนุมัติอยู่เป็นจำนวนเงินเท่าใด? กับบริษัทใด?	ฉ) ทุนประกันชีวิต .....บาท ทุนประกันอุบัติเหตุ .....บาท บริษัท.....	ฉ) ทุนประกันชีวิต .....บาท ทุนประกันอุบัติเหตุ .....บาท บริษัท.....

ส่วนที่ 2 คำแถลงสุขภาพ	สำหรับผู้เอาประกันภัย (อายุ 17 ปี ขึ้นไป)	สำหรับผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีซื้อ PB)
1. (ก) ท่านมีส่วนสูง และน้ำหนักในปัจจุบันเป็นเท่าใด? (ข) ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักของท่านมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นหรือลดลง มากกว่า 3 ก.ก. หรือไม่?	(ก) ส่วนสูง ..... ซ.ม. น้ำหนัก ..... ก.ก. (ข) ❑ คงที่ ❑ เพิ่มขึ้น ❑ ลดลง ..... ก.ก. เนื่องจาก.....	(ก) ส่วนสูง ..... ซ.ม. น้ำหนัก ..... ก.ก. (ข) ❑ คงที่ ❑ เพิ่มขึ้น ❑ ลดลง ..... ก.ก. เนื่องจาก.....
2. (ก) ท่านมีความผิดปกติ หรือบกพร่องทางร่างกาย หรือสุขภาพหรือไม่? (ข) ท่านสูบบุหรี่หรือไม่? ถ้าสูบเป็นจำนวนกี่มวนต่อวัน? (ค) ท่านเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติดใดๆ หรือยาประเภทมึนเมา, ดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือไม่?	(ก) ❑ มี ❑ ไม่มี (ข) ❑ สูบวันละ.....มวน ❑ ไม่สูบ (ค) ❑ เคย ❑ ไม่เคย	(ก) ❑ มี ❑ ไม่มี (ข) ❑ สูบวันละ.....มวน ❑ ไม่สูบ (ค) ❑ เคย ❑ ไม่เคย
3.ท่านเคยเป็น หรือทราบว่าเป็น หรือเคยได้รับคำแนะนำ และ/หรือการรักษาโรคเอดส์ (โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง) หรือมีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์ หรืออาการต่อไปนี้ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา เป็นระยะเวลาติดต่อกันเกินกว่า 1 สัปดาห์ ได้แก่อ่อนเพลีย น้ำหนักลด ท้องเดินเรื้อรัง ต่อมน้ำเหลืองโต หรือมีโรคผิวหนังที่ผิดสังเกต ไข้เรื้อรัง ปอดอักเสบหรือไม่?	❑ เคย ❑ ไม่เคย	❑ เคย ❑ ไม่เคย
4. ท่าน หรือสมาชิกในครอบครัวของท่านคนใดคนหนึ่งเป็น หรือเคยเป็นโรคโปลิโอ โรคไต โรคหัวใจ โรคการแข็งตัวของเนื้อเยื่อโดยทั่วไป โรคตับอักเสบ โรคตับแข็ง โรคแผลกระเพาะอาหาร (Peptic ulcer) โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว หรือเคยมีการผ่าตัดเอาถุงน้ำหรือเนื้องอกออก เป็นพาหะของตับอักเสบชนิดบี หรือชนิดซี หรือเคยได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นมะเร็ง อัมพาต โรคกล้ามเนื้อเสื่อม หรือไม่?	❑ เคย ❑ ไม่เคย	❑ เคย ❑ ไม่เคย
5. นับตั้งแต่วันที่ยื่นคำขอเอาประกันชีวิตตามกรมธรรม์ประกันภัยฉบับข้างต้น (ก) ท่านเคยถูกปฏิเสธ หรือเลื่อนการพิจารณา หรือเพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย หรือให้เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการประกันชีวิต และการประกันอุบัติเหตุหรือไม่? (ข) ท่านได้เกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางทหาร หรือกิจกรรม/การกีฬาที่เสี่ยงอันตรายใดๆ หรือไม่?	(ก) ❑ เคย ❑ไม่เคย (ข) ❑ เคย ❑ไม่เคย	(ก) ❑ เคย ❑ ไม่เคย (ข) ❑ เคย ❑ ไม่เคย
6. ในระหว่าง 5 ปี ที่ผ่านมานี้ ท่านเคยได้ (ก) ปรึกษาแพทย์ด้วยเหตุใดๆ หรือไม่? (ข) รับการรักษา หรือได้รับคำแนะนำให้รักษาหรือไม่? (ค) ตรวจวินิจฉัยโรค เช่น การตรวจเลือด การเอ็กซ์เรย์ การตรวจด้วยเครื่องอุลตราซาวด์คอมพิวเตอร์ การตรวจหัวใจด้วยเครื่องไฟฟ้า หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นใด หรือไม่? (ง) ตรวจ HIV หรือไม่? (จ) พยายามฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายร่างกายตนเอง หรือการพยายามกระทำการเช่นที่ว่านั้นโดยเจตนา หรือการใช้ยาโดยปราศจากคำสั่งแพทย์ เกินขนาด ผิดประเภทหรือไม่?	(ก) ❑ เคย ❑ ไม่เคย (ข) ❑ เคย ❑ ไม่เคย (ค) ❑ เคย ❑ ไม่เคย (ง) ❑ เคย ❑ ไม่เคย (จ) ❑ เคย ❑ ไม่เคย	(ก) ❑ เคย ❑ ไม่เคย (ข) ❑ เคย ❑ ไม่เคย (ค) ❑ เคย ❑ ไม่เคย (ง) ❑ เคย ❑ ไม่เคย (จ) ❑ เคย ❑ ไม่เคย
7. เฉพาะสตรี (ก) ท่านกำลังตั้งครรภ์หรือไม่? (ข) ท่านเคยมีอาการผิดปกติ หรือได้รับการตรวจวินิจฉัยที่เต้านม ช่องคลอด มดลูก ท่อรังไข่ รังไข่ หรืออาการผิดปกติของประจำเดือน คลอดบุตรยาก หรือมีอาการแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์หรือไม่?	(ก) ❑ ใช่ ตั้งครรภ์..... เดือน ❑ไม่ใช่ (ข) ❑ เคย ❑ไม่เคย	(ก) ❑ ใช่ ตั้งครรภ์. ..... เดือน ❑ ไม่ใช่ (ข) ❑ เคย ❑ ไม่เคย
8. ถ้าคำตอบข้อ 1 ถึงข้อ 7 เป็นคำตอบรับ โปรดอธิบายรายละเอียดไว้ในข้อนี้ โดยระบุเลขข้อคำถาม รวมทั้งชื่อที่อยู่ของผู้เกี่ยวข้องและที่อยู่ของแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาหรือรักษา ระยะเวลาที่รักษา และวันที่อ้างอิงด้วย	....	....

ส่วนที่ 3 ข้อมูลของผู้เอาประกันภัย อายุ 1 เดือน – 16 ปี	
1. (ก) ชื่อและนามสกุลผู้เอาประกันภัย (ข) อาชีพของผู้เอาประกันภัย (หากเป็นนักเรียนกรุณาแจ้งด้วย) (ค) ที่ทำงาน, ที่อยู่ และลักษณะธุรกิจ หรือสถานศึกษา (ง) ท่านมีประกันชีวิต (รวมการประกันอุบัติเหตุ) ที่มีผลบังคับ หรือกำลังรออนุมัติเป็นจำนวนเงินเท่าใด? กับบริษัทใด?	(ก) ..... (ข) ..... (ค) .... (ง) ....
2. (ก) ส่วนสูงและน้ำหนักปัจจุบันของผู้เอาประกันภัย (ข) ในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักของผู้เอาประกันภัยเปลี่ยนแปลงหรือไม่? หากเปลี่ยนแปลงโปรดให้รายละเอียด	(ก) ความสูง.....ซ.ม. น้ำหนัก ..... ก.ก. (ข) ❑ คงที่ ❑ เพิ่มขึ้น ❑ ลดลง ..... ก.ก. เนื่องจาก.....
3. ใบคำขอเอาประกันชีวิต หรือคำขอกลับคืนสู่สถานะเดิมของการประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพของผู้เอาประกันภัย เคยได้รับการปฏิเสธ หรือเลื่อนการพิจารณา หรือเพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย หรือให้เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขอย่างใดหรือไม่? ถ้าเคยโปรดแจ้งวันที่ และรายละเอียดรวมทั้งชื่อบริษัทประกันภัย	❑ เคย ❑ ไม่เคย รายละเอียด ....
4. มีความบกพร่อง หรือผิดปกติใดๆ ของร่างกาย หรือสุขภาพของผู้เอาประกันภัยหรือไม่?	❑ มี ❑ ไม่มี ถ้ามีโปรดระบุ .....
5. ในระหว่าง 5 ปี ที่ผ่านมานี้ ผู้เอาประกันภัยเคยมีอาการผิดปกติ เจ็บป่วย บาดเจ็บ หรือได้ปรึกษา หรือได้รับคำแนะนำให้รับการรักษาจากแพทย์หรือจากสถานพยาบาลอื่นใดหรือไม่? ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียด ❑ เคย ❑ ไม่เคย (ก) โรงพยาบาล..... วันที่..... ระยะเวลาที่รักษา..... (ข) การวินิจฉัยโรค หรืออุบัติเหตุ โปรดแจ้งรายละเอียด.....	

การให้คำยืนยันและการมอบอำนาจของผู้เอาประกันภัย

ข้าพเจ้าขอให้คำยืนยันว่า ข้าพเจ้าได้อ่านคำแถลงสุขภาพของผู้เอาประกันภัย หรือได้รับการอธิบายข้อความดังกล่าว และคำตอบในคำแถลงสุขภาพของผู้เอาประกันภัยฉบับนี้เป็นของข้าพเจ้าเอง และข้าพเจ้าขอรับรองในนามตนเองและในนามของบุคคลอื่นใด ซึ่งอาจมี หรืออ้างสิทธิผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ดังกล่าวว่า คำตอบข้างต้นนั้นครบถ้วนสมบูรณ์ และเป็นความจริง และข้าพเจ้าตกลงให้ถือเอาคำตอบดังกล่าวเป็นพื้นฐานสำหรับการพิจารณาต่ออายุกรมธรรม์ หรือการเปลี่ยนแปลง หรือการเพิ่มสัญญาเพิ่มเติมตามกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้ายินยอมต่อไปด้วยว่า การต่ออายุกรมธรรม์ หรือการเปลี่ยนแปลง หรือการเพิ่มเติมกรมธรรม์ประกันภัยเช่นนั้น จะไม่ถือว่ามีผลบังคับ แม้จะได้มีการชำระเงิน หรือมีการตกลงเรื่องการชำระเงินหรือบันทึกรายการเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยใดๆ จนกว่าเจ้าหน้าที่ผู้รับมอบอำนาจของบริษัทจะได้พิจารณาอนุมัติคำแถลงสุขภาพของผู้เอาประกันภัยฉบับนี้โดยชอบแล้ว ข้าพเจ้ายังยินยอมต่อไปว่า ถ้าบริษัทได้ยอมรับการขอต่ออายุกรมธรรม์ หรือการเปลี่ยนแปลง หรือการเพิ่มสัญญาเพิ่มเติมกรมธรรม์ประกันภัยฉบับดังกล่าวข้างต้นแล้ว ให้ข้อกำหนดเรื่องการไม่โต้แย้ง หรือคัดค้าน และข้อกำหนดเรื่องอัตวินิบาตกรรม มีผลบังคับตั้งแต่วันที่ได้อนุมัติคำขอเพื่อการกลับสู่สถานะเดิม หรือการเปลี่ยนแปลง หรือการเพิ่มสัญญาเพิ่มเติมกรมธรรม์ประกันภัยฉบับดังกล่าวข้างต้นนั้นเป็นต้นไป

เขียนที่ ..... วันที่ ..... เดือน..... พ.ศ.....

ลายมือชื่อพยาน / ....
ตัวแทน ( ) ( )
ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

ลายมือชื่อพยาน / ....
ตัวแทน ( ) ( )
ลายมือชื่อผู้ปกครอง/ ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

** ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยอายุไม่ถึง 20 ปี กรุณาให้ผู้ปกครองเซ็นชื่อให้ความยินยอม