

**คำแถลงสุขภาพของผู้เอาประกันภัย**

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย**

ผู้เอาประกันภัยต้องตอบคำถาม ตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธ ไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน 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) <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> หย่า	ค) <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> 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 ค่าแฉลงสุขภาพ	สำหรับผู้เอชไอวี (อายุ 17 ปี ขึ้นไป)	สำหรับผู้ติดเชื้อ (กรณีชื่อ PB)
<p>1. (ก) ท่านมีส่วนสูง และน้ำหนักในปัจจุบันเป็นเท่าใด?</p> <p>(ข) ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักของท่านมีการเปลี่ยนแปลง เพิ่มขึ้นหรือลดลง มากกว่า 3 ก.ก. หรือไม่?</p>	<p>(ก) ส่วนสูง ..... ซม. น้ำหนัก ..... ก.ก.</p> <p>(ข) <input type="checkbox"/> คงที่ <input type="checkbox"/> เพิ่มขึ้น <input type="checkbox"/> ลดลง ..... ก.ก. เนื่องจาก.....</p>	<p>(ก) ส่วนสูง ..... ซม. น้ำหนัก ..... ก.ก.</p> <p>(ข) <input type="checkbox"/> คงที่ <input type="checkbox"/> เพิ่มขึ้น <input type="checkbox"/> ลดลง ..... ก.ก. เนื่องจาก.....</p>
<p>2. (ก) ท่านมีความผิดปกติ หรือบวมพร่องทางร่างกาย หรือสุขภาพหรือไม่?</p> <p>(ข) ท่านสูบบุหรี่หรือไม่? ถ้าสูบเป็นจำนวนกี่มวนต่อวัน?</p> <p>(ค) ท่านเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติดใดๆ หรือยาประเภทหมิ่นเมา, ต้มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่?</p>	<p>(ก) <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี</p> <p>(ข) <input type="checkbox"/> สูบวันละ.....มวน <input type="checkbox"/> ไม่สูบ</p> <p>(ค) <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย</p>	<p>(ก) <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี</p> <p>(ข) <input type="checkbox"/> สูบวันละ.....มวน <input type="checkbox"/> ไม่สูบ</p> <p>(ค) <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย</p>
<p>3. ท่านเคยเป็น หรือทราบว่า เป็น หรือเคยได้รับคำแนะนำ และ/หรือ การรักษาโรคเอดส์ (โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง) หรือมีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์ หรืออาการต่อไปนี้ ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา เป็นระยะเวลาติดต่อกันเกินกว่า 1 สัปดาห์ ได้แก่ อ่อนเพลีย น้ำหนักลด ท้องเดินเรื้อรัง ต่อมาน้ำเหลืองโต หรือมีโรคผิวหนังที่ผดผื่นคัน ใช้เรื้อรัง ปอดอักเสบหรือไม่?</p>	<p><input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย</p>	<p><input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย</p>
<p>4. ท่าน หรือสมาชิกในครอบครัวของท่านคนใดคนหนึ่งเป็น หรือเคยเป็นโรคโปลิโอ โรคไต โรคหัวใจ โรคการแข็งตัวของเนื้อเยื่อ โดยทั่วไป โรคตับอักเสบ โรคตับแข็ง โรคแผลกระเพาะอาหาร (Peptic ulcer) โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว หรือเคยมีการผ่าตัดเอาถุงน้ำ หรือเนื้องอกออก เป็นพาหะของตับอักเสบบีหรือซี หรือเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง อัมพาต โรคกล้ามเนื้อเสื่อมหรือไม่?</p>	<p><input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย</p>	<p><input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย</p>
<p>5. นับตั้งแต่วันที่ยื่นคำขอเอาประกันชีวิตตามกรมธรรม์ประกันภัยฉบับข้างต้น</p> <p>(ก) ท่านเคยถูกปฏิเสธ หรือเลื่อนการพิจารณา หรือเพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย หรือให้เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการประกันชีวิต และการประกันอุบัติเหตุหรือไม่?</p> <p>(ข) ท่านได้เกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางทหาร หรือกิจกรรม/การกีฬาที่เสี่ยงอันตรายใดๆ หรือไม่?</p>	<p>(ก) <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย</p> <p>(ข) <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย</p>	<p>(ก) <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย</p> <p>(ข) <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย</p>
<p>6. ในระหว่าง 5 ปี ที่ผ่านมา ท่านเคยได้</p> <p>(ก) ปรึกษาแพทย์ด้วยเหตุใดๆ หรือไม่?</p> <p>(ข) รับการรักษา หรือได้รับคำแนะนำให้รักษาหรือไม่?</p> <p>(ค) ตรวจวินิจฉัยโรค เช่น การตรวจเลือด การเอกซเรย์ การตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์คอมพิวเตอร์ การตรวจหัวใจด้วยเครื่องไฟฟ้า หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นใด หรือไม่?</p> <p>(ง) ตรวจ HIV หรือไม่?</p> <p>(จ) พยายามฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายร่างกายตนเอง หรือการพยายามกระทำการเช่นที่วานี้โดยเจตนา หรือการใช้ยาโดยปราศจากคำสั่งแพทย์ เกินขนาด ผิดประเภทหรือไม่?</p>	<p>(ก) <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย</p> <p>(ข) <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย</p> <p>(ค) <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย</p> <p>(ง) <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย</p> <p>(จ) <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย</p>	<p>(ก) <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย</p> <p>(ข) <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย</p> <p>(ค) <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย</p> <p>(ง) <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย</p> <p>(จ) <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย</p>
<p>7. เฉพาะสตรี</p> <p>(ก) ท่านกำลังตั้งครรภ์หรือไม่?</p> <p>(ข) ท่านเคยมีอาการผิดปกติ หรือได้รับการตรวจวินิจฉัยที่ดำเนินการช่องคลอด มดลูก ท่อนำไข่ รังไข่ หรืออาการผิดปกติของประจำเดือน คลอดบุตรยาก หรือมีอาการแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์หรือไม่?</p>	<p>(ก) <input type="checkbox"/> ใช่ ตั้งครรภ์..... เดือน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่</p> <p>(ข) <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย</p>	<p>(ก) <input type="checkbox"/> ใช่ ตั้งครรภ์..... เดือน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่</p> <p>(ข) <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย</p>
<p>8. ถ้าคำตอบข้อ 1 ถึงข้อ 7 เป็นคำตอบรับ โปรดอธิบายรายละเอียดไว้ในข้อนี้ โดยระบุเลขข้อคำถาม รวมทั้งชื่อที่อยู่ของผู้เกี่ยวข้องและที่อยู่ของแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาหรือรักษา ระยะเวลาที่รักษา และวันที่อ้างอิงด้วย</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

ส่วนที่ 3 ข้อมูลของผู้เอาประกันภัย อายุ 1 เดือน - 16 ปี	
1. (ก) ชื่อและนามสกุลผู้เอาประกันภัย (ข) อาชีพของผู้เอาประกันภัย (หากเป็นนักเรียนกรุณาแจ้งด้วย) (ค) ที่ทำงาน, ที่อยู่ และลักษณะธุรกิจ หรือสถานศึกษา  (ง) ท่านมีประกันชีวิต (รวมการประกันอุบัติเหตุ) ที่มีผลบังคับ หรือกำลังรออนุมัติ เป็นจำนวนเงินเท่าใด? กับบริษัทใด?	(ก) ..... (ข) ..... (ค) ..... ..... (ง) ..... .....
2. (ก) ส่วนสูงและน้ำหนักปัจจุบันของผู้เอาประกันภัย (ข) ในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักของผู้เอาประกันภัยเปลี่ยนแปลงหรือไม่? หากเปลี่ยนแปลงโปรดให้รายละเอียด	(ก) ความสูง.....ซ.ม.      น้ำหนัก ..... ก.ก. (ข) <input type="checkbox"/> คงที่ <input type="checkbox"/> เพิ่มขึ้น <input type="checkbox"/> ลดลง ..... ก.ก. เนื่องจาก.....
3. โปรดบอกเอาประกันชีวิต หรือค่าชดเชยคืนสู่สถานะเดิมของการประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพของผู้เอาประกันภัย เคยได้รับการปฏิเสธ หรือเลื่อนการพิจารณา หรือเพิกถอนเอาประกันภัย หรือให้เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขอย่างไรหรือไม่? ถ้าเคยโปรดแจ้งวันที่ และรายละเอียดรวมทั้งชื่อบริษัทประกันภัย	<input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย รายละเอียด ..... .....
4. มีความบกพร่อง หรือผิดปกติใดๆ ของร่างกาย หรือสุขภาพของผู้เอาประกันภัยหรือไม่?	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ถ้ามีโปรดระบุ .....
5. ในระหว่าง 5 ปี ที่ผ่านมา ผู้เอาประกันภัยเคยมีอาการผิดปกติ เจ็บป่วย บาดเจ็บ หรือได้รับการรักษา หรือได้รับคำแนะนำให้รับการรักษาจากแพทย์หรือจากสถานพยาบาลอื่นใดหรือไม่? ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียด	<input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย
(ก) โรงพยาบาล..... วันที่..... ระยะเวลาที่รักษา.....	
(ข) การวินิจฉัยโรค หรืออุบัติเหตุ โปรดแจ้งรายละเอียด..... ..... .....	

การให้คำยืนยันและการมอบอำนาจของผู้เอาประกันภัย

ข้าพเจ้าขอให้คำยืนยันว่า ข้าพเจ้าได้อ่านค่าเฉลี่ยสุขภาพของผู้เอาประกันภัย หรือได้รับการอธิบายข้อความดังกล่าว และคำตอบในค่าเฉลี่ยสุขภาพของผู้เอาประกันภัยฉบับนี้เป็นของข้าพเจ้าเอง และข้าพเจ้าขอรับรองในนามตนเองและในนามของบุคคลอื่นใด ซึ่งอาจมี หรืออ้างสิทธิผลประโยชน์ตามกฎหมายตามที่กำหนดไว้ คำตอบข้างต้นนั้นครบถ้วนสมบูรณ์ และเป็นความจริง และข้าพเจ้าตกลงให้ถือเอาคำตอบดังกล่าวเป็นพื้นฐานสำหรับการพิจารณาต่ออายุกรมธรรม์ หรือการเปลี่ยนแปลง หรือการเพิ่มสัญญาเพิ่มเติมตามกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้ายินยอมต่อไปด้วยว่า การต่ออายุกรมธรรม์ หรือการเปลี่ยนแปลง หรือการเพิ่มเติมกรมธรรม์ประกันภัยเช่นนั้น จะไม่ถือว่าผลบังคับ แม้จะได้มีการชำระเงิน หรือมีการตกลงเรื่องการชำระเงินหรือบันทึกการเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยใดๆ จนกว่าเจ้าหน้าที่ผู้รับมอบอำนาจของบริษัทจะได้พิจารณาอนุมัติค่าเฉลี่ยสุขภาพของผู้เอาประกันภัยฉบับนี้โดยชอบแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมต่อไปว่า ถ้าบริษัทได้ยอมรับการขอต่ออายุกรมธรรม์ หรือการเปลี่ยนแปลง หรือการเพิ่มสัญญาเพิ่มเติมกรมธรรม์ประกันภัยฉบับดังกล่าวข้างต้นแล้ว ให้ข้อกำหนดเรื่องการไม่ได้แย้ง หรือคัดค้าน และข้อกำหนดเรื่องอัตราเบี้ยประกันภัย มีผลบังคับตั้งแต่วันที่ได้อนุมัติค่าขอเพื่อการกลับสู่สถานะเดิม หรือการเปลี่ยนแปลง หรือการเพิ่มสัญญาเพิ่มเติมกรมธรรม์ประกันภัยฉบับดังกล่าวข้างต้นนั้นเป็นต้นไป

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

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

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

\*\* ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยอายุไม่ถึง 20 ปี กรุณาให้ผู้ปกครองเซ็นชื่อให้ความยินยอม