

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) ท่านประกันชีวิตบาท ท่านประกันอุบัติเหตุบาท บริษัท.....	ฉ) ท่านประกันชีวิตบาท ท่านประกันอุบัติเหตุบาท บริษัท.....



ส่วนที่ 2 คำแถลงสุขภาพ	สำหรับผู้เอาประกันภัย (อายุ 17 ปี ขึ้นไป)	สำหรับผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีชื่อ PB)
<p>1. (ก) ท่านมีส่วนสูง และน้ำหนักในปัจจุบันเป็นเท่าใด?</p> <p>(ข) ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักของท่านมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นหรือลดลง 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) ท่านมีความผิดปกติหรือบกพร่องทางร่างกาย หรือสุขภาพหรือไม่?</p> <p>(ข) ท่านสูบบุหรี่หรือไม่? ถ้าสูบบุหรี่เป็นจำนวนกี่มวนต่อวัน?</p> <p>(ค) ท่านเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติดใดๆ หรือยาประเภทมีนเมา, คีมีสุรา 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 หรือทราบว่าเป็น หรือเคยได้รับคำแนะนำ และ/หรือ การรักษาโรคเอดส์ (โรคมะเร็งที่มดลูกบวมพร่อง) หรือมีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์ หรืออาการต่อไปนี้ ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา เป็นระยะเวลาติดต่อกันเกินกว่า 1 สัปดาห์ ได้แก่ อ่อนเพลีย น้ำหนักลด ท้องเดินเรื้อรัง ต่อม้ำเหลืองโต หรือมีโรคผิวหนังที่ผิดปกติ ไข้เรื้อรัง 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 หรือเคยมีการผ่าตัดเอาถุงน้ำหรือเนื้องอกออก 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. นับตั้งแต่วันที่ขึ้นค่าเอาประกันชีวิตตามกรมธรรม์ประกันภัยฉบับข้างต้น</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) ปฏิบัติแพทย์ด้วยเหตุใดๆ หรือไม่?</p> <p>(ข) รับการรักษา หรือได้รับคำแนะนำให้รักษาหรือไม่?</p> <p>(ค) ตรวจวินิจฉัยโรค เช่น การตรวจเลือด การเอ็กซเรย์ การตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์คอมพิวเตอร์ การตรวจหัวใจด้วยเครื่องไฟฟ้า หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นใด หรือไม่?</p> <p>(ง) ตรวจ HIV หรือไม่?</p> <p>(จ) พยายามฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายร่างกายตนเอง หรือการพยายามกระทำการเช่นที่ว่านั้น โดยเจตนา 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 หรือได้รับการตรวจวินิจฉัยที่เด่นชัดของช่องคลอด 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. ในคำขอเอาประกันชีวิต หรือคำขอกลับคืนผู้สถานะเดิมของการประกันชีวิต หรือ ประกันสุขภาพของผู้เอาประกันภัย เคยได้รับการปฏิเสธ หรือเลื่อนการพิจารณา หรือ เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย หรือให้เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขอย่างใดหรือไม่? ถ้าเคยโปรดแจ้ง วันที่ 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 หรือ ใ้บริการ หรือ ได้รับคำแนะนำให้รับการรักษาจากแพทย์หรือจากสถานพยาบาลอื่นใดหรือไม่? ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียด	<input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย
(ก) โรงพยาบาล..... วันที่..... ระยะเวลาที่รักษา.....	
(ข) การวินิจฉัยโรค หรืออุบัติเหตุ โปรดแจ้งรายละเอียด.....	

การให้คำยืนยันและการมอบอำนาจของผู้เอาประกันภัย

ข้าพเจ้าขอให้คำยืนยันว่า ข้าพเจ้าได้อ่านคำแถลงสุขภาพของผู้เอาประกันภัย หรือได้รับการอธิบายข้อความดังกล่าว และคำตอบในคำแถลงสุขภาพของผู้เอาประกันภัยฉบับนี้เป็นของข้าพเจ้าเอง และข้าพเจ้าขอรับรองในนามตนเองและในนามของบุคคลอื่นใด ซึ่งอาจมี หรืออ้างสิทธิผลประโยชน์ ตามกรมธรรม์ดังกล่าวว่า คำตอบข้างต้นนั้นครบถ้วนสมบูรณ์ และเป็นความจริง และข้าพเจ้าตกลงให้ถือเอาคำตอบดังกล่าวเป็นพื้นฐานสำหรับการพิจารณา ต่ออายุกรมธรรม์ หรือการเปลี่ยนแปลง หรือการเพิ่มสัญญาเพิ่มเติมตามกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้ายินยอมต่อไปด้วยว่า การต่ออายุกรมธรรม์ หรือการเปลี่ยนแปลง หรือการเพิ่มเติมกรมธรรม์ประกันภัยเช่นนั้น จะไม่ถือว่ามิผลบังคับ แม้จะได้มีการชำระเงิน หรือมีการตกลงเรื่องการชำระเงินหรือบันทึก รายการเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยใดๆ จนกว่าเจ้าหน้าที่ผู้รับมอบอำนาจของบริษัทจะได้พิจารณาอนุมัติคำแถลงสุขภาพของผู้เอาประกันภัยฉบับนี้โดยชอบแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมต่อไปว่า ถ้าบริษัทได้ยอมรับการขอต่ออายุกรมธรรม์ หรือการเปลี่ยนแปลง หรือการเพิ่มสัญญาเพิ่มเติมกรมธรรม์ประกันภัยฉบับดังกล่าวข้างต้นแล้ว ให้ข้อกำหนดเรื่องการไม่ได้แย้ง หรือคัดค้าน และข้อกำหนดเรื่องอัตราเงินเบี้ยประกันภัย มีผลบังคับตั้งแต่วันที่ได้อนุมัติคำขอเพื่อการกลับสู่สถานะเดิม หรือการเปลี่ยนแปลง หรือการเพิ่มสัญญาเพิ่มเติมกรมธรรม์ประกันภัยฉบับดังกล่าวข้างต้นนั้นเป็นต้นไป

เขียนที่ วันที่ เดือน..... พ.ศ.....

ลายมือชื่อพยาน /
ตัวแทน () ()

ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

ลายมือชื่อพยาน /
ตัวแทน () ()

ลายมือชื่อผู้ปกครอง/ ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

** ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยอายุไม่ถึง 20 ปี กรุณาให้ผู้ปกครองเซ็นชื่อให้ความยินยอม