

## คำแถลงสุขภาพของผู้อุปประกันภัย

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้อุปประกันชีวิตต้องตอบคำถาม ตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

คำแนะนำในการกรอกคำแถลงสุขภาพของผู้อุปประกันภัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้อุปประกันภัย ใช้สำหรับทุกกรมธรรม์

ส่วนที่ 2 ใช้สำหรับกรมธรรม์ที่อนุมัติมาตรฐานและขาดอายุไม่เกิน 180 วัน โดยใช้สำหรับผู้อุปประกันภัยที่บรรลุนิติภาวะ หรือผู้ที่มีรายได้แล้ว

ส่วนที่ 3 ใช้สำหรับผู้อุปประกันภัยเยาวชน (เด็ก) ในกรณีมีสัญญาเพิ่มเติมชำระเบี้ยประกันภัย (PB) จะต้องให้ผู้ปกครอง / ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

กรอกข้อความในส่วนที่ 2 ด้วย

หมายเหตุ ผู้อุปประกันภัยจะต้องลงลายมือชื่อในหน้า 3

เพื่อใช้ประกอบการพิจารณา

☐ การต่ออายุกรมธรรม์

☐ การเพิ่มสัญญาเพิ่มเติม..... ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....  
ตัวแทน.....รหัส.....สาขา..... กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....

| ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป                                                                                                                                                                                                                                  | ข้อมูลของผู้อุปประกันภัย (อายุ 17 ปี ขึ้นไป)                                                                                                                                                                                                                                                     | ข้อมูลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีซื้อ PB)                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ก) ชื่อและนามสกุล<br>ข) อายุ (ปี)<br>ค) สถานภาพสมรส<br>ง) อาชีพและหน้าที่การงานประจำวัน<br><br>จ) ที่ทำงาน, ลักษณะธุรกิจ<br><br>ฉ) ท่านมีประกันชีวิต (รวมการประกันอุบัติเหตุ) ที่มีผลบังคับอยู่หรือกำลังรอการอนุมัติอยู่เป็นจำนวนเงินเท่าใด กับบริษัทใด | ก) .....<br>ข) ..... ปี<br>ค) <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> หย่า<br>ง) .....<br>.....<br>.....<br>จ) .....<br>.....<br>.....<br>ฉ) ท่านประกันชีวิต..... บาท<br>ท่านประกันอุบัติเหตุ..... บาท<br>บริษัท..... | ก) .....<br>ข) ..... ปี<br>ค) <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> หย่า<br>ง) .....<br>.....<br>.....<br>จ) .....<br>.....<br>.....<br>ฉ) ท่านประกันชีวิต..... บาท<br>ท่านประกันอุบัติเหตุ..... บาท<br>บริษัท..... |
| ส่วนที่ 2 คำแถลงสุขภาพ                                                                                                                                                                                                                                  | ข้อมูลของผู้อุปประกันภัย (อายุ 17 ปี ขึ้นไป)                                                                                                                                                                                                                                                     | ข้อมูลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีซื้อ PB)                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 1. (ก) ท่านมีส่วนสูงและน้ำหนักในปัจจุบันเป็นเท่าใด<br>(ข) ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักของท่านมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นหรือลดลงมากกว่า 3 กก. หรือไม่                                                                                                  | ก) ส่วนสูง..... ซม.<br>น้ำหนัก..... กก.<br>ข) <input type="checkbox"/> คงที่ <input type="checkbox"/> เพิ่มขึ้น <input type="checkbox"/> ลดลง..... กก.<br>เนื่องจาก.....                                                                                                                         | ก) ส่วนสูง..... ซม.<br>น้ำหนัก..... กก.<br>ข) <input type="checkbox"/> คงที่ <input type="checkbox"/> เพิ่มขึ้น <input type="checkbox"/> ลดลง..... กก.<br>เนื่องจาก.....                                                                                                                         |



0201008004

| ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ยสุขภาพ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ข้อมูลของผู้เอาประกันภัย (อายุ 17 ปี ขึ้นไป)                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ข้อมูลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีชื่อ PB)                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2. (ก) ท่านมีความผิดปกติ หรือบกพร่องทางร่างกายหรือสุขภาพหรือไม่<br>(ข) ท่านสูบบุหรี่หรือไม่ ถ้าสูบเป็นจำนวนกี่มวนต่อวัน<br>(ค) ท่านเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติดใด ๆ หรือยาประเภทมึนเมา, ดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่                                                                                                                                                                                                                                                       | (ก) <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี<br>(ข) <input type="checkbox"/> สูบวันละ..... มวน <input type="checkbox"/> ไม่สูบ<br>(ค) <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย                                                                                                             | (ก) <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี<br>(ข) <input type="checkbox"/> สูบวันละ..... มวน <input type="checkbox"/> ไม่สูบ<br>(ค) <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย                                                                                                             |
| 3. ท่านเคยเป็น หรือทราบว่า เป็น หรือเคยได้รับคำแนะนำให้ / หรือการรักษาโรคเอดส์ (โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง) หรือมีอาการสัมผัสกับโรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์ หรืออาการต่อไปนี้ ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา เป็นระยะเวลาติดต่อกันเกินกว่า 1 สัปดาห์ ได้แก่ อ่อนเพลีย น้ำหนักลด ท้องเดินเรื้อรัง ต่อม้ำเหลืองโต หรือมีโรคผิวหนังที่ผิดปกติ ไข้เรื้อรัง ปอดอักเสบหรือไม่                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 4. ท่าน หรือสมาชิกในครอบครัวของท่านคนใดคนหนึ่งเป็น หรือเคยเป็นโรคโปลิโอ โรคไต โรคหัวใจ การแข็งตัวของเนื้อเยื่อโดยทั่วไป โรคตับอักเสบ โรคตับแข็ง โรคแผลกระเพาะอาหาร (Peptic ulcer) โรคเมะเร็งเม็ดเลือดขาว หรือเคยมีการผ่าตัดเอาถุงน้ำ หรือเนื้องอกออก เป็นพาหะของตับอักเสบบีชนิดบี ซี หรือเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง อัมพาต โรคกล้ามเนื้อเสื่อมหรือไม่                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 5. นับตั้งแต่วันที่ยื่นคำขอเอาประกันภัยตามกรมธรรม์ประกันภัยฉบับข้างต้น<br>(ก) ท่านเคยถูกปฏิเสธ หรือเลื่อนการพิจารณา หรือเพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย หรือให้เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข ท่านเคยเคยถูกปฏิเสธเงื่อนไขสำหรับการประกันภัย และการประกันอุบัติเหตุหรือไม่<br>(ข) ท่านได้เกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางทหาร หรือไม่ กิจกรรม / การกีฬาที่เสี่ยงอันตรายใด ๆ หรือไม่                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย<br><br><input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย<br><br><input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย                                                                                                                                                                                                 |
| 6. ในระหว่าง 5 ปี ที่ผ่านมานี้ ท่านเคยได้<br>(ก) ป่วยเข้าแพทย์ด้วยเหตุใด ๆ หรือไม่<br>(ข) รับการรักษา หรือได้รับคำแนะนำให้รักษา หรือไม่<br>(ค) ตรวจวินิจฉัยโรค เช่น การตรวจเลือด การเอกซเรย์การตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวนด์ คอมพิวเตอร์ การตรวจหัวใจด้วยเครื่องไฟฟ้า หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นใด หรือไม่<br>(ง) ตรวจ HIV หรือไม่<br>(จ) พยายามฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายร่างกายตนเอง หรือการพยายามกระทำเช่นที่ข้างต้นโดยเจตนา หรือการใช้ยาโดยปราศจากคำสั่งแพทย์ เกินขนาด ผิดประเภทหรือไม่ | <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย<br><input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย<br><input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย<br><br><input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย<br><input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย<br><input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย<br><input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย<br><br><input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย<br><input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย |
| 7. เฉพาะสตรี<br>(ก) ท่านกำลังตั้งครรภ์หรือไม่<br>(ข) ท่านเคยมีอาการผิดปกติ หรือได้รับการตรวจวินิจฉัยที่เด่นชัด ผ่องคล่อง มดลูก ท่อรังไข่ รังไข่ หรืออาการผิดปกติของประจำเดือน คลอดบุตรยาก หรือมีอาการแทรกซ้อน ในการตั้งครรภ์หรือไม่                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย<br><input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย<br><input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย                                                                                                                                                                                                     |
| 8. ถ้าคำตอบข้อ 1 ถึงข้อ 7 เป็นคำตอบรับ โปรดอธิบายรายละเอียดไว้ในข้อนี้ โดยระบุ เลขข้อคำถาม รวมทั้งชื่อที่อยู่ของผู้เกี่ยวข้อง และที่อยู่ของแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาหรือรักษา ระยะเวลาที่รักษา และวันที่อ้างอิงด้วย                                                                                                                                                                                                                                                                               | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....                                                                                                                                                                                                                                                                                        | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

| ส่วนที่ 3 ข้อมูลของผู้อุปการะประกันภัย อายุ 1 เดือน - 16 ปี                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. (ก) ชื่อและนามสกุลผู้อุปการะประกันภัย<br>(ข) อาชีพของผู้อุปการะประกันภัย (หากเป็นนักเรียนกรุณาแจ้งด้วย)<br>(ค) ที่ทำงาน, ที่อยู่ และลักษณะธุรกิจ หรือสถานศึกษา<br>(ง) ท่านมีประกันชีวิต (รวมการประกันอุบัติเหตุ) ที่มีผลบังคับ หรือกำลังรออนุมัติเป็นจำนวนเงินเท่าใด กับบริษัทใด                                                          | (ก) .....<br>(ข) .....<br>(ค) .....<br>(ง) .....                                                                                                                      |
| 2. (ก) ส่วนสูงและน้ำหนักปัจจุบันของผู้อุปการะประกันภัย<br>(ข) ในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักของผู้อุปการะประกันภัยเปลี่ยนแปลงหรือไม่ หากเปลี่ยนแปลงโปรดให้รายละเอียด                                                                                                                                                                     | ก) ส่วนสูง..... ซม. น้ำหนัก..... กก.<br>ข) <input type="checkbox"/> คงที่ <input type="checkbox"/> เพิ่มขึ้น <input type="checkbox"/> ลดลง..... กก.<br>เนื่องจาก..... |
| 3. ในคำขอเอาประกันชีวิต หรือคำขอกลับคืนสู่สถานะเดิมของการประกันชีวิต หรือ ประกันสุขภาพของผู้อุปการะประกันภัย เคยได้รับการปฏิเสธ หรือเลื่อนการพิจารณา หรือเพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย หรือให้เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขอย่างใดหรือไม่ ถ้าเคยโปรดแจ้งวันที่ และรายละเอียดรวมทั้งชื่อบริษัทประกันภัย                                                      | <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย<br>รายละเอียด.....<br>.....<br>.....                                                                     |
| 4. มีความบกพร่อง หรือผิดปกติใด ๆ ของร่างกาย หรือสุขภาพของผู้อุปการะประกันภัยหรือไม่                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี<br>ถ้ามีโปรดระบุ.....                                                                                      |
| 5. ในระหว่าง 5 ปี ที่ผ่านมานี้ ผู้อุปการะประกันภัยเคยมีอาการผิดปกติ เจ็บป่วย บาดเจ็บ หรือได้รับรักษา หรือได้รับการคำแนะนำให้รับการรักษาจากแพทย์หรือจากสถานพยาบาลอื่นใดหรือไม่ ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียด<br>ก) โรงพยาบาล..... วันที่..... ระยะเวลาที่รักษา.....<br>ข) การวินิจฉัยโรค หรืออุบัติเหตุ โปรดแจ้งรายละเอียด .....<br>.....<br>..... |                                                                                                                                                                       |

**การให้คำยืนยันและการมอบอำนาจของผู้อุปการะประกันภัย**

ข้าพเจ้าขอให้คำยืนยันว่า ข้าพเจ้าได้อ่านคำแถลงสุขภาพของผู้อุปการะประกันภัย หรือได้รับการอธิบายข้อความดังกล่าว และคำตอบในคำแถลงสุขภาพของผู้อุปการะประกันภัยฉบับนี้เป็นของข้าพเจ้าเอง และข้าพเจ้าขอรับรองในนามตนเองและในนามของบุคคลอื่นใด ซึ่งอาจมี หรืออ้างสิทธิผลประโยชน์ตามกฎหมายตามที่กล่าวไว้ว่า คำตอบข้างต้นนั้นครบถ้วนสมบูรณ์และเป็นความจริง และข้าพเจ้าตกลงให้ถือเอาคำตอบดังกล่าวเป็นพื้นฐานสำหรับการพิจารณาต่ออายุกรมธรรม์ หรือการเปลี่ยนแปลง หรือการเพิ่มสัญญาเพิ่มเติมตามกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้ายินยอมต่อไปด้วยว่า การต่ออายุกรมธรรม์ หรือเปลี่ยนแปลง หรือการเพิ่มเติมกรมธรรม์ประกันภัยเช่นนั้น จะไม่ถือว่ามีความผิด หรือมิได้มีการชำระเงิน หรือมีการตกลงเรื่องการชำระเงิน หรือบันทึกรายการเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยใด ๆ จนกว่าเจ้าหน้าที่ผู้รับมอบอำนาจของบริษัทฯ จะได้พิจารณาอนุมัติคำแถลงสุขภาพฉบับนี้โดยชอบแล้ว

ข้าพเจ้ายินยอมต่อไปว่า ถ้าบริษัทฯ ได้ยอมรับการขอต่ออายุกรมธรรม์ หรือการเปลี่ยนแปลง หรือการเพิ่มสัญญาเพิ่มเติมกรมธรรม์ประกันภัยฉบับดังกล่าวข้างต้นแล้ว ให้ข้อกำหนดเรื่องการไม่ไต่หยั่ง หรือคัดค้าน และข้อกำหนดเรื่องอัตราเงินบำนาญ มีผลบังคับตั้งแต่วันที่ได้อนุมัติคำขอเพื่อการกลับสู่สถานะเดิม หรือการเปลี่ยนแปลง หรือการเพิ่มสัญญาเพิ่มเติมกรมธรรม์ประกันภัยฉบับดังกล่าวข้างต้นนั้นเป็นต้นไป

เขียนที่..... วันที่..... เดือน..... W.F. ....

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

พยาน / ตัวแทน

ผู้อุปการะประกันภัย

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

พยาน / ตัวแทน

ผู้ปกครอง / ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย