



หนังสือรับรองสุขภาพสำหรับผู้เอาประกันภัย / ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

คำขอเพื่อ การต่ออายุกรมธรรม์ การเพิ่มทุนประกัน การเพิ่มสัญญาเพิ่มเติม การเปลี่ยนแปลงประกัน การยกเลิก/ลดเบี้ยเพิ่มพิเศษ
 กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่..... ใบรับเงินชั่วคราวเลขที่.....
 ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย.....ชื่อ-นามสกุลผู้ชำระเบี้ย(ถ้ามี).....
 ที่อยู่ปัจจุบัน.....
 เบอร์โทรศัพท์.....จำนวนเงินที่ชำระพร้อมหนังสือนี้.....บาท

ตัวแทน.....รหัส.....สาขา.....เบอร์โทรศัพท์.....
 ผู้บริหารตัวแทน.....รหัส.....สาขา.....เบอร์โทรศัพท์.....

ข้อมูลเกี่ยวกับผู้เอาประกันภัย และ/หรือ ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย(กรณีซื้อสัญญาเพิ่มเติมผู้ชำระเบี้ย)

ข้อมูลผู้เอาประกันภัย	ข้อมูลผู้ชำระเบี้ย
1. ก) สถานภาพ <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> หย่า ข) อาชีพ..... ตำแหน่ง..... ค) ลักษณะงานที่ทำ..... ลักษณะธุรกิจ..... ง) รายได้จากอาชีพ.....บาท (ต่อปี) จ) ส่วนสูง.....ซม. น้ำหนัก.....กก. ใน 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่ <input type="checkbox"/> คงเดิม <input type="checkbox"/> เพิ่มขึ้น <input type="checkbox"/> ลดลง สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง..... ฉ) ผู้เอาประกันภัยใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานเป็นประจำหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่	1. ก) สถานภาพ <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> หย่า ข) อาชีพ..... ตำแหน่ง..... ค) ลักษณะงานที่ทำ..... ลักษณะธุรกิจ..... ง) รายได้จากอาชีพ.....บาท (ต่อปี) จ) ส่วนสูง.....ซม. น้ำหนัก.....กก. ใน 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่ <input type="checkbox"/> คงเดิม <input type="checkbox"/> เพิ่มขึ้น <input type="checkbox"/> ลดลง สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง..... ฉ) ผู้ชำระเบี้ยใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานเป็นประจำหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่

2. ผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ย มีการประกันชีวิตและการประกันภัยอื่น ๆ ที่มีผลบังคับอยู่ รวมทั้งที่กำลังรออนุมัติอยู่กับบริษัทฯ และบริษัทประกันภัยอื่น
 รวมเป็นเท่าใด
 ผู้เอาประกันภัย ประกันชีวิต.....บาท อุบัติเหตุ.....บาท โรคร้ายแรง.....บาท เงินชดเชยรายวัน.....บาท
 ผู้ชำระเบี้ย ประกันชีวิต.....บาท อุบัติเหตุ.....บาท โรคร้ายแรง.....บาท เงินชดเชยรายวัน.....บาท

3. ผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ย มีความผิดปกติทางร่างกายหรือสุขภาพหรือไม่ ไม่มี มี ถ้ามี โปรดอธิบาย
 ผู้เอาประกันภัย.....
 ผู้ชำระเบี้ย.....

4. มีบุคคลในครอบครัวของผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ย เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคมะเร็ง
 โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตาย หรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบหรือไม่
 ไม่มี มี ถ้ามี โปรดระบุรายละเอียด

บุคคลที่มีความสัมพันธ์กับ	ชื่อ	โรค	อายุที่เริ่มเป็น	ผู้เอาประกันภัย	ผู้ชำระเบี้ย
บุคคลที่เป็น.....	โรค.....	อายุที่เริ่มเป็น.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
บุคคลที่เป็น.....	โรค.....	อายุที่เริ่มเป็น.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. ผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ย เคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอ
 กลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่เคย เคย ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด

ผู้เอาประกันภัย : ชื่อบริษัท.....สาเหตุ.....เมื่อใด.....
 ชื่อบริษัท.....สาเหตุ.....เมื่อใด.....
 ผู้ชำระเบี้ย : ชื่อบริษัท.....สาเหตุ.....เมื่อใด.....
 ชื่อบริษัท.....สาเหตุ.....เมื่อใด.....

6. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ย เคยได้รับการตรวจหรือการแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ ตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือ การตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคหรือได้เข้ารับการรักษากรจากโรค อาการบาดเจ็บ เจ็บป่วย หรือได้รับการผ่าตัดใดๆ หรือไม่ ไม่เคย เคย

ถ้าเคย โปรดอธิบายรายละเอียด

ผู้เอาประกันภัย

โรค หรือ อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษ หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	ผลการรักษาและอาการ ปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้ โปรดระบุ)

ผู้ชำระเบี้ย

โรค หรือ อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษ หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	ผลการรักษาและอาการ ปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้ โปรดระบุ)

7. ผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ย ดื่ม/เคยดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ หรือ เสพ/สูบ หรือ เคยเสพ/สูบ บุหรี่ ยาเสพติดหรือสารเสพติดอื่น ๆ หรือไม่ ไม่เคย เคย ถ้าเคย โปรดระบุ

ผู้เอาประกันภัย ระบุชนิด..... ปริมาณ.....ต่อครั้ง ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์ ดื่ม/เสพ/สูบมานาน..... ปี เลิกดื่ม/เสพ/สูบเมื่อ.....

ผู้ชำระเบี้ย ระบุชนิด..... ปริมาณ.....ต่อครั้ง ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์ ดื่ม/เสพ/สูบมานาน..... ปี เลิกดื่ม/เสพ/สูบเมื่อ.....

8. ถ้าถามเฉพาะสตรี ขณะนี้ท่านกำลังตั้งครรภ์หรือไม่ ผู้เอาประกันภัย ไม่ใช่ ใช่ ถ้าใช่ ท่านกำลังตั้งครรภ์.....เดือน ผู้ชำระเบี้ย ไม่ใช่ ใช่ ถ้าใช่ ท่านกำลังตั้งครรภ์.....เดือน

9. สำหรับผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ย กรณีที่ต้องการแจ้งรายละเอียดอื่นเพิ่มเติม

การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในหนังสือรับรองสุขภาพนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่ แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือ ผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

ผู้เอาประกันภัย

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

พยาน

บิดา/มารดา/ผู้แทน โดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย

(กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

หมายเหตุ: 1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเงินเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยที่กำหนดไว้
 2. ก่อนลงลายมือชื่อ ให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย