

**หนังสือรับรองสุขภาพ สำหรับผู้เอาประกันภัยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป**

**คำเตือน !**

ของคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ผู้เอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้ผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

กรมธรรม์เลขที่.....

ชื่อผู้เอาประกันภัย(ผู้เยาว์).....อายุ.....ปี  
ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

ตัวแทน/เจ้าหน้าที่.....รหัส.....

ตัวแทน.....รหัส.....

หน่วย/สาขา.....รหัส.....

**เพื่อใช้ประกอบ**

- การกลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์
- การเปลี่ยนแปลงแบบประกัน
- การยกเลิกหรือลดอัตราเบี้ยประกันภัยที่เพิ่มขึ้น
- การเพิ่ม/ลดจำนวนเงินเอาประกันภัย
- การเพิ่มสัญญาเพิ่มเติม (โปรตระกูล).....
- อื่น ๆ.....

**ข้อมูลเกี่ยวกับผู้เอาประกันภัย**

1. (ก) อาชีพและหน้าที่การงานประจำวันของท่าน (ก).....
- (ข) รายได้ต่อปี (ข).....
- (ค) นามของนายจ้าง, ที่อยู่ และลักษณะของธุรกิจ (ค).....
- (ง) ท่านมีประกันชีวิต (รวมการประกันภัยอุบัติเหตุ) ที่มีผลบังคับอยู่หรือกำลัง (ง) จำนวนเงินเอาประกันชีวิต.....บาท
- รออนุมัติอยู่กับบริษัทประกันภัยอื่นทั้งหมดเป็นจำนวนใด จำนวนเงินเอาประกันอุบัติเหตุ.....บาท
2. (ก) ปัจจุบันท่านมีส่วนสูงและน้ำหนักเท่าใด (ก) ส่วนสูง.....ซ.ม. น้ำหนัก.....ก.ก.
- (ข) ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักของท่านมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ (ข) น้ำหนัก  เพิ่มขึ้น.....ก.ก.  ลดลง.....ก.ก.
- (ถ้ามีการเปลี่ยนแปลง โปรดให้รายละเอียด)  เท่าเดิม
- สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง.....
- (ค) ท่านมีสิ่งผิดปกติทางร่างกาย หรือสุขภาพหรือไม่ (ค)  ไม่มี  มี.....
- (ถ้ามี โปรดให้รายละเอียด) .....
- (ง) เฉพาะสตรี ขณะนี้ท่านกำลังมีครรภ์หรือไม่ ถ้ามีกี่เดือน (ง)  ไม่มี  มี.....เดือน

3. นับตั้งแต่วันที่ขึ้นใบคำขอเอาประกันชีวิตตามกรมธรรม์ประกันภัยฉบับข้างต้น

ท่านเคย

(ก) ถูกปฏิเสธไม่รับประกัน, เลื่อนเวลารับประกัน, เรียกเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือรับโดยมีเงื่อนไข หรือจากการกลับสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์ประกันชีวิต สุขภาพ หรือการประกันภัย อุบัติเหตุใดๆ จากบริษัทประกันภัยอื่นใด หรือไม่

(ก)  ไม่เคย

เคย โปรดระบุรายละเอียด

ชื่อบริษัท เมื่อใด.....

สาเหตุ.....

(ข) มีส่วนเกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางทหาร หรือการกีฬาที่เสี่ยงอันตรายใดๆ หรือไม่

(ข)  ไม่เคย

เคย โปรดระบุรายละเอียด.....

.....

.....

(ค) ถูกปฏิเสธไม่รับบริจาคโลหิตในฐานะที่ท่านเป็นผู้บริจาค หรือไม่

(ค)  ไม่เคย

เคย โปรดระบุรายละเอียด.....

.....

4. นับตั้งแต่วันที่ขึ้นใบคำขอเอาประกันชีวิตตามกรมธรรม์ประกันภัยฉบับข้างต้นท่านเคย หรือไม่เคย

ไม่เคย

เคย

(ก) ปรีกษาแพทย์ หรือรับการรักษา หรือได้รับคำแนะนำให้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยเหตุอื่นใด หรือไม่

(ก)

(ข) ขาดงานเป็นเวลานานเกินกว่า 1 สัปดาห์ ไม่ว่าจะกรณีใดๆ หรือไม่

(ข)

(ค) รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการใด เช่น เอ็กซเรย์, ตรวจคลื่นหัวใจด้วยเครื่องไฟฟ้า, การเจาะเลือด, การตรวจหาเชื้อไวรัสเอดส์ หรือเชื้อโรคที่เกิดจากเพศสัมพันธ์หรือไม่

(ค)

(ง) มีอาการอ่อนเพลีย, น้ำหนักลด, ท้องเดินเรื้อรัง, ต่อมาน้ำเหลืองโต หรือโรคผิวหนังเรื้อรัง ซึ่งเป็นติดต่อกันนานเกินกว่า 1 สัปดาห์ หรือไม่

(ง)

หากข้อใดข้อหนึ่งตอบว่า “เคย” กรุณาระบุชื่อ และรายละเอียดของข้อนั้นๆ ดังต่อไปนี้

วันที่เริ่มปรึกษา, รักษา, รับคำแนะนำ  
ให้การรักษา และ ระยะเวลาที่รักษา

การวินิจฉัยโรค, ลักษณะการ  
เจ็บป่วย หรือ อุบัติเหตุ

ลักษณะและผลของการตรวจโดยวิธี  
อื่นใดที่ได้ทำ หรือแนะนำให้ทำ

ชื่อและที่อยู่ของแพทย์หรือ รพ.  
รวมทั้งระยะเวลาที่รักษาตัวใน รพ.

**การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม**

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าถ้อยแถลง หรือคำตอบซึ่งได้ให้ไว้ข้างต้นเป็นข้อความที่ครบถ้วนสมบูรณ์และเป็นความจริง และยินยอมให้บริษัทนำข้อเท็จจริงดังกล่าวไปใช้เพื่อประกอบการพิจารณาการกลับคืนสู่สถานะเดิมหรือการเปลี่ยนแปลงใดๆ ดังที่ระบุไว้ในส่วนต้นของหนังสือนี้ ข้าพเจ้ายินยอมว่าการกลับสู่สถานะเดิมหรือการเปลี่ยนแปลงใดๆ เช่นนั้น จะถือว่าไม่มีผลบังคับ แม้จะได้มีการชำระเงินหรือบันทึกรายการเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยใดๆ จนกว่าเจ้าหน้าที่ผู้รับมอบอำนาจของบริษัทจะได้พิจารณาอนุมัติการเปลี่ยนแปลงใดๆ โดยชอบแล้ว และถ้าบริษัทได้ยอมรับการกลับคืนสู่สถานะเดิมหรือการเปลี่ยนแปลงใดๆ แล้วให้ข้อกำหนดเรื่องการไม่ได้แย้งความไม่สมบูรณ์ของสัญญาประกันภัยและการเสียชีวิตด้วยการกระทำอาชญากรรม มีผลบังคับตั้งแต่วันที่ได้รับอนุมัติให้กลับสู่สถานะเดิมหรือการเปลี่ยนแปลงใดๆ เป็นต้นไป ข้าพเจ้าตกลงว่าบรรดาคำตอบ ดังกล่าวถือเป็นส่วนหนึ่งของกรรมธรรม์ประกันภัยฉบับที่บริษัท ได้อนุมัติให้กลับสู่สถานะเดิม หรือให้มีการเปลี่ยนแปลงใดๆ โดยอาศัยคำตอบของข้าพเจ้านี้

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ข้าพเจ้าไม่เคยทราบว่าเป็น หรือเคยรักษาโรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์ และทราบว่าถ้าข้าพเจ้าป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์แล้ว บริษัทจะไม่อนุมัติการกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการเปลี่ยนแปลงใดๆ ดังได้ระบุไว้ในส่วนต้นของหนังสือนี้

ในส่วนข้อเท็จจริงอันเกี่ยวกับสุขภาพ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล คลินิก บริษัทประกันชีวิต หรือ องค์กร สถาบัน หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งได้เคยรักษาหรือจะตรวจรักษาข้าพเจ้า หรือมีบันทึก หรือเรื่องราวเกี่ยวกับข้าพเจ้าเปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดดังกล่าวให้บริษัททราบได้รวมทั้งยินยอมให้บริษัทเปิดเผยข้อเท็จจริงอันเกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันชีวิตอื่นเพื่อการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเปลี่ยนแปลงใดๆ ของกรรมธรรม์ประกันภัยของข้าพเจ้า

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกัน  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)