

**หนังสือรับรองสุขภาพ สำหรับผู้เอาประกันภัยอายุต่ำกว่า 15 ปี**

**คำเตือน !**

ของคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ผู้เอาประกันภัยที่จงตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้ผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

กรมธรรม์เลขที่.....  
ชื่อผู้เอาประกันภัย(ผู้เยาว์).....อายุ.....ปี  
ที่อยู่.....  
โทรศัพท.....  
ตัวแทน/เจ้าหน้าที่.....รหัส.....  
ตัวแทน.....รหัส.....  
หน่วย/สาขา.....รหัส.....

**เพื่อใช้ประกอบ**

- การกลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์
- การเปลี่ยนแปลงแบบประกัน
- การยกเลิกหรือลดอัตราเบี้ยประกันภัยที่เพิ่มขึ้น
- การเพิ่ม/ลดจำนวนเงินเอาประกันภัย
- การเปลี่ยนแปลงผู้ชำระเบี้ยประกันภัยในสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ย (พี.บี)
- การเพิ่มสัญญาเพิ่มเติม (โปรดระบุ).....

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้เอาประกันภัย (ผู้เยาว์)**

- |  |   |
|--|---|
| 1. ผู้เอาประกันมีประกันภัย (รวมการประกันอุบัติเหตุ) ที่มีผลบังคับอยู่หรือกำลังรออนุมัติอยู่กับบริษัทประกันภัยอื่นทั้งหมดเป็นจำนวนเท่าใด  | จำนวนเงินเอาประกันชีวิต.....บาท<br>จำนวนเงินเอาประกันอุบัติเหตุ.....บาท   |
| 2. (ก) ปัจจุบันผู้เอาประกันมีส่วนสูงและน้ำหนักเท่าใด   | (ก) ส่วนสูง.....ซ.ม. น้ำหนัก.....ก.ก.   |
| (ข) ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักของผู้เอาประกันมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ (หากเปลี่ยนแปลง โปรดให้รายละเอียด)   | (ข) น้ำหนัก <input type="checkbox"/> เพิ่มขึ้น.....ก.ก. <input type="checkbox"/> ลดลง.....ก.ก.<br><input type="checkbox"/> เท่าเดิม<br>สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง..... |
| (ค) ผู้เอาประกันมีสิ่งผิดปกติทางร่างกาย หรือสุขภาพหรือไม่ (ถ้ามี โปรดให้รายละเอียด)  | (ค) <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี.....   |
| (ง) มีบุคคลในครอบครัวของผู้เอาประกันเป็นวัณโรค, เบาหวาน, มะเร็ง โรคไต, ความดันโลหิตสูง, โรคหัวใจ, โรคจิต, โรคเอดส์ หรือตรวจพบว่าเป็นโรคติดต่อไวรัสโรคเอดส์ หรือไม่ (ถ้ามี โปรดแจ้งรายละเอียด)  | (ง) <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี.....   |
| 3. นับตั้งแต่วันที่ยื่นใบคำขอเอาประกันชีวิตตามกรมธรรม์ประกันภัยฉบับข้างต้น ผู้เยาว์เคยถูกปฏิเสธ ถูกเลื่อนรับประกันภัย หรือเพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย หรือรับโดยมีเงื่อนไขการขอเอาประกัน หรือจากการกลับสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์ประกันภัย หรือการประกันอุบัติเหตุใดๆ จากบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่? | <input type="checkbox"/> ไม่เคย<br><input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุรายละเอียด.....<br>ชื่อบริษัท.....<br>สาเหตุ.....   |

4. นับตั้งแต่วันที่ยื่นคำขอเอาประกันชีวิตตามกรมธรรม์ประกันภัยฉบับข้างต้น ผู้เอาประกันภัยเคยเจ็บป่วย บาดเจ็บ หรือได้ปรึกษา หรือรับการรักษาหรือได้รับคำแนะนำให้รับการรักษาจากแพทย์ผู้ใดหรือไม่ ถ้าเคย โปรดให้รายละเอียด  ไม่เคย  เคย

รายละเอียด.....

วันที่เริ่มปรึกษา, รักษา,รับคำแนะนำ ให้การรักษา และ ระยะเวลาที่รักษา	การวินิจฉัยโรค, ลักษณะการ เจ็บป่วย หรือ อุบัติเหตุ	ลักษณะและผลของการตรวจโดยวิธี อื่นใดที่ได้ทำ หรือแนะนำให้ทำ	ชื่อและที่อยู่ของแพทย์หรือ รพ. รวมทั้งระยะเวลาที่รักษาตัวใน รพ.
---	---	---	--

**ส่วนที่ 2 ข้อมูลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยให้กรอกเฉพาะ (1) กรณีที่กรมธรรม์มีสัญญาเพิ่มเติมผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (พี.บี) หรือ (2) การเพิ่มสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (พี.บี) หรือ (3) การเปลี่ยนผู้ชำระเบี้ยประกันภัย**

1. ชื่อ-นามสกุลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย.....  ชาย  หญิง  
วันเดือนปีเกิด..... อายุ.....ปี ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย.....  
ที่อยู่.....

2. (ก) อาชีพตำแหน่ง และหน้าที่การงานประจำวันของท่านคืออะไร	(ก).....
(ข) ชื่อของนายจ้าง ที่อยู่และลักษณะของธุรกิจ	(ข) ชื่อนายจ้าง..... ที่อยู่..... ลักษณะธุรกิจ.....
(ค) ท่านมีการประกันชีวิต (รวมการประกันอุบัติเหตุ) ที่มีผลบังคับอยู่ หรือรอการอนุมัติกับบริษัทประกันภัยอื่นทั้งหมดรวม เป็นจำนวนเท่าใด	(ค) จำนวนเงินเอาประกันชีวิต.....บาท จำนวนเงินเอาประกันอุบัติเหตุ.....บาท

3. (ก) ปัจจุบันท่านมีส่วนสูงและน้ำหนักเท่าใด	(ก) ส่วนสูง.....ซ.ม. น้ำหนัก.....ก.ก.
(ข) ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักของท่านมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ (ถ้ามีการเปลี่ยนแปลง โปรดให้รายละเอียด)	(ข) น้ำหนัก <input type="checkbox"/> เพิ่มขึ้น.....ก.ก. <input type="checkbox"/> ลดลง.....ก.ก. <input type="checkbox"/> เท่าเดิม สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง.....

(ค) ท่านมีสิ่งผิดปกติทางร่างกายหรือสุขภาพหรือไม่ (ถ้ามี โปรดให้รายละเอียด)	(ค) <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี.....
--	---

(ง) บิดา มารดา คู่สมรส หรือพี่น้องของท่านเคยเป็นเบาหวาน, มะเร็ง, โรคไต, วัณโรค, โรคโลหิตจาง, ไขมันในเลือดสูง, ความดันโลหิตสูง, โรคหัวใจ, อัมพาต, โรคจิต, โรคเอดส์ บ้างหรือไม่ (ถ้ามี โปรดแจ้งรายละเอียด)	(ง) <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุรายละเอียดว่าใคร เป็นโรคอะไร..... ..... .....
--	--

(จ) เฉพาะสตรี ขณะนี้ท่านกำลังมีครรภ์หรือไม่ ถ้ามีกี่เดือน	(จ) <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี.....เดือน
---	--

4. นับตั้งแต่วันที่ยื่นคำขอเอาประกันชีวิตตามกรมธรรม์ประกันภัยฉบับข้างต้น ผู้เอาประกันภัยเคยเจ็บป่วย บาดเจ็บ หรือได้ปรึกษา หรือรับการรักษาหรือได้รับคำแนะนำให้รับการรักษาจากแพทย์ผู้ใดหรือไม่ ถ้าเคย โปรดให้รายละเอียด  ไม่เคย  เคย

รายละเอียด.....

วันที่เริ่มปรึกษา, รักษา,รับคำแนะนำ ให้การรักษา และ ระยะเวลาที่รักษา	การวินิจฉัยโรค, ลักษณะการ เจ็บป่วย หรือ อุบัติเหตุ	ลักษณะและผลของการตรวจโดยวิธี อื่นใดที่ได้ทำ หรือแนะนำให้ทำ	ชื่อและที่อยู่ของแพทย์หรือ รพ. รวมทั้งระยะเวลาที่รักษาตัวใน รพ.
---	---	---	--

**ส่วนที่ 2 ข้อมูลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยให้กรอกเฉพาะ (1) กรณีที่กรมธรรม์มีสัญญาเพิ่มเติมผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (พี.บี) หรือ (2) การเพิ่มสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (พี.บี) หรือ (3) การเปลี่ยนผู้ชำระเบี้ยประกันภัย**

1. ชื่อ-นามสกุลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย.....  ชาย  หญิง

วันเดือนปีเกิด..... อายุ.....ปี ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย.....  
ที่อยู่.....

2. (ก) อาชีพตำแหน่ง และหน้าที่การงานประจำวันของท่านคืออะไร (ก).....

(ข) ชื่อของนายจ้าง ที่อยู่และลักษณะของธุรกิจ (ข) ชื่อนายจ้าง.....  
ที่อยู่.....  
ลักษณะธุรกิจ.....

(ค) ท่านมีการประกันชีวิต (รวมการประกันอุบัติเหตุ) ที่มีผลบังคับอยู่ หรือรอ (ค) จำนวนเงินเอาประกันชีวิต.....บาท  
การอนุมัติกับบริษัทประกันภัยอื่นทั้งหมดรวม เป็นจำนวนเท่าใด จำนวนเงินเอาประกันอุบัติเหตุ.....บาท

3. (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) ท่านมีสิ่งผิดปกติทางร่างกายหรือสุขภาพหรือไม่ (ถ้ามี โปรดให้รายละเอียด) (ค)  ไม่มี  มี.....

(ง) บิดา มารดา คู่สมรส หรือพี่น้องของท่านเคยเป็นเบาหวาน, มะเร็ง, (ง)  ไม่เคย  เคย โปรดระบุรายละเอียดว่าใคร เป็นโรค  
โรคไต, วัณโรค, โรคโลหิตจาง, ไขมันในเลือดสูง, ความดันโลหิตสูง, อะไร.....  
โรคหัวใจ, อัมพาต, โรคจิต, โรคเอดส์ บ้างหรือไม่  
.....  
(ถ้ามี โปรดแจ้งรายละเอียด)  
.....

(จ) เฉพาะสตรี ขณะนี้ท่านกำลังมีครรภ์หรือไม่ ถ้ามีกี่เดือน (จ)  ไม่มี  มี.....เดือน

**การให้สัตยาบัน การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม**

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าด้อยแถลง หรือคำตอบซึ่งได้ให้ไว้ข้างต้นเป็นข้อความที่ครบถ้วนสมบูรณ์และเป็นความจริง และยินยอมให้บริษัทนำข้อเท็จจริงดังกล่าวไปใช้เพื่อประกอบการพิจารณาการกลับคืนสู่สถานะเดิมหรือการเปลี่ยนแปลงใดๆ ดังที่ระบุไว้ในส่วนต้นของหนังสือนี้ ข้าพเจ้ายินยอมว่าการกลับสู่สถานะเดิมหรือการเปลี่ยนแปลงใดๆ เช่นนั้น จะถือว่าไม่มีผลบังคับ แม้จะได้มีการชำระเงินหรือบันทึกการเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยใดๆ จนกว่าเจ้าหน้าที่ผู้รับมอบอำนาจของบริษัทจะได้พิจารณาอนุมัติการเปลี่ยนแปลงใดๆ โดยชอบแล้ว และถ้าบริษัทได้ยอมรับการกลับคืนสู่สถานะเดิมหรือการเปลี่ยนแปลงใดๆ แล้วให้ข้อกำหนดเรื่องการไม่ได้แย้งความไม่สมบูรณ์ของสัญญาประกันภัยและการเสียชีวิตด้วยการกระทำอันผิดวินัยคดี มีผลบังคับตั้งแต่วันที่ได้รับอนุมัติการกลับคืนสู่สถานะเดิมหรือการเปลี่ยนแปลงใดๆ เป็นต้นไป ข้าพเจ้าตกลงว่าบรรดาค่าคอบดังกกล่าวถือเป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์ประกันภัยฉบับที่บริษัทได้อนุมัติให้กลับสู่สถานะเดิม หรือให้มีการเปลี่ยนแปลงใดๆ โดยอาศัยคำตอบของข้าพเจ้านี้

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ข้าพเจ้าไม่เคยทราบว่าเป็น หรือเคยรักษาโรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์ และทราบว่าถ้าข้าพเจ้าป่วยเป็นโรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์แล้ว บริษัทจะไม่อนุมัติการกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการเปลี่ยนแปลงใดๆ ดังได้ระบุไว้ในส่วนต้นของหนังสือนี้

ในส่วนข้อเท็จจริงอันเกี่ยวกับสุขภาพ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล คลินิก บริษัทประกันชีวิต หรือ องค์กร สถาบัน หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งได้เคยรักษาหรือจะตรวจรักษาข้าพเจ้า หรือมีบันทึก หรือเรื่องราวเกี่ยวกับข้าพเจ้าเปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดดังกล่าวให้บริษัททราบได้รวมทั้งยินยอมให้บริษัทเปิดเผยข้อเท็จจริงอันเกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันชีวิตเพื่อการเอาประกันชีวิต หรือการขอเปลี่ยนแปลงใดๆ ของกรมธรรม์ประกันภัยของข้าพเจ้าและ/หรือเยาวชน

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ชำระเบี้ย(กรณีผู้เยาว์)  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกัน  
(.....)