



ค.ป.ก.

สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค
กระทรวงพาณิชย์ (ค.ป.ก.)

คำสั่งนายทะเบียน

ที่ 50/2553

เรื่อง การขอรับความเห็นชอบแบบ และ ข้อความใบคำขอเอาประกันชีวิต

เพื่อให้แบบและข้อความใบคำขอเอาประกันชีวิต สอดคล้องกับสภาพการณ์
ที่เปลี่ยนแปลงไป อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 29 แห่งพระราชบัญญัติประกันชีวิต พ.ศ. 2535
นายทะเบียนจึงออกคำสั่งไว้ ดังนี้

ข้อ 1. ให้ยกเลิกแบบและข้อความใบคำขอเอาประกันชีวิตประเภทสามัญ ซึ่งมีแบบ
และข้อความต่างไปจากใบคำขอเอาประกันชีวิตที่แนบท้ายคำสั่งนี้ ทั้งนี้ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ.
2554 เป็นต้นไป

ข้อ 2. ในกรณีที่บริษัทยื่นขอรับความเห็นชอบใบคำขอเอาประกันชีวิตประเภท
สามัญ โดยทำคำรับรองว่าใบคำขอเอาประกันชีวิตประเภทสามัญที่บริษัทยื่นมีแบบและข้อความตาม
ใบคำขอเอาประกันชีวิตที่แนบท้ายคำสั่งนี้ ให้ถือว่าบริษัทได้รับความเห็นชอบจากนายทะเบียนนับ
แต่วันที่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยประทับตรารับเรื่อง
ขอรับความเห็นชอบและรับชำระค่าธรรมเนียมเรียบร้อยแล้ว

ข้อ 3 ในกรณีที่บริษัทยื่นขอรับความเห็นชอบใบคำขอเอาประกันชีวิตประเภท
สามัญที่ต่างไปจากใบคำขอเอาประกันชีวิตที่แนบท้ายคำสั่งนี้ นายทะเบียนจะให้ความเห็นชอบ
เฉพาะในกรณีดังต่อไปนี้ และบริษัทจะนำออกใช้ได้เมื่อนายทะเบียนให้ความเห็นชอบแล้ว

- (1) ใบคำขอเอาประกันชีวิตที่บริษัทรับรองว่ามีข้อความคำถามเช่นเดียวกับใบคำ
ขอเอาประกันชีวิตที่แนบท้ายคำสั่งนี้ แต่ลดจำนวนคำถามลง
- (2) ใบคำขอเอาประกันชีวิตแบบยูนิเวอร์แซลไลฟ์หรือแบบยูนิคัลที่บริษัท
รับรองว่า คำถามในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการประกันชีวิตเป็นไปตามแบบและ
ข้อความตามใบคำขอเอาประกันชีวิตที่แนบท้ายคำสั่งนี้

ข้อ 4. คำสั่งนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 14 ตุลาคม พ.ศ. 2553

(นางจันทรา บุรณกรักษ์)

เลขาธิการ

คณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

นายทะเบียน

หมายเหตุ : - เหตุผลที่มีการออกคำสั่งนี้ เพื่อ

1. ให้มีรูปแบบใบคำขอเอาประกันชีวิตไว้ใช้เป็นแนวทางเดียวกัน
2. อำนวยความสะดวกสำหรับผู้เอาประกันภัยในการตอบคำถามในใบคำขอเอาประกันชีวิต
3. ตัดถ้อยคำที่ต้องมีการตีความซึ่งเป็นปัญหาในการกรอกใบคำขอเอาประกันชีวิต
4. ลดขั้นตอน และให้เกิดความคล่องตัวในการให้ความเห็นชอบแบบใบคำขอเอาประกันชีวิต

เอกสารแนบท้ายคำสั่งนายทะเบียน ประกอบด้วย ใบคำขอเอาประกันชีวิต ฉบับมาตรฐาน ดังนี้

1. ใบคำขอเอาประกันชีวิต ชนิดไม่มีคำถามสุขภาพ
2. ใบคำขอเอาประกันชีวิต ชนิดมีคำถามสุขภาพอย่างสั้น
3. ใบคำขอเอาประกันชีวิต ชนิดมีคำถามสุขภาพอย่างละเอียด

ใบคำขอเอาประกันชีวิต (ชนิดไม่มีคำถามสุขภาพ)

ชื่อบริษัท
 ที่ตั้งทำการ

 ใบคำขอเอาประกันชีวิตประเภทสามัญ
 ชนิดทั่วไป (อายุตั้งแต่ ปีขึ้นไป)

ค่าเดือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและ
 ส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอา
 ประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริง
 ทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆจะเป็นเหตุ
 ให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่า
 สินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตาม
 ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ชื่อตัวแทน/นายหน้า
 ใบอนุญาตเลขที่
 รหัสตัวแทน
 ชื่อหน่วย..... รหัสหน่วย.....
 สาขา.....
 ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่
 กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่
 แบบไม่ตรวจสุขภาพ
 แบบตรวจสุขภาพ

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย ชื่อและนามสกุลเดิม.....
 เพศ ชาย หญิง เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา.....
 สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า
 อายุ ปี เกิดวันที่ เดือน พ.ศ.
 เอกสารที่ใช้แสดง บัตรประจำตัวประชาชน ทะเบียนบ้าน อื่นๆ
 เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างด้าว..... วันบัตรหมดอายุ.....
 ชื่อภรรยา/สามี

2. ที่อยู่และที่ทำงาน
 ก. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
 แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....
 ข. สถานที่ทำงาน..... อาคาร..... เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....
 ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
 ค. ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
 แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....
 ง. สถานที่สะดวกในการติดต่อ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน สถานที่ทำงาน ที่อยู่ปัจจุบัน

3. อาชีพประจำ ตำแหน่ง ลักษณะงานที่ทำ
 ลักษณะธุรกิจ..... รายได้ต่อปี บาท
 อาชีพอื่น ๆ (ถ้ามี)..... ตำแหน่ง..... ลักษณะงานที่ทำ
 ลักษณะธุรกิจ..... รายได้ต่อปี บาท
 ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ ไม่ใช่ ใช่

4. แบบประกันภัย..... ชนิด มีเงินปันผล ไม่มีเงินปันผล
 ถ้ามีเงินปันผล/เงินคืนตามสัญญาเลือก ขอรับเป็นเงินสด / เช็ค นำไปชำระเบี้ยประกันภัย คงไว้กับ
 บริษัทเพื่อการสะสม (หากไม่เลือกวิธีใดวิธีหนึ่งข้างต้น บริษัทจะ..... กรณีที่ขอรับเป็นเงินสด
 และประสงค์จะให้โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารอัตโนมัติ กรุณากรอกข้อความตามแบบฟอร์มที่แนบ)
 ระยะเวลาเอาประกันภัย ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย.....ปี
 งวดการชำระเบี้ยประกันภัย รายเดือน ราย 3 เดือน ราย 6 เดือน รายปี
 ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว
 จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท เบี้ยประกันชีวิต.....บาท
 สัญญาเพิ่มเติม จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท เบี้ยประกันภัย.....บาท
 สัญญาเพิ่มเติม จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท เบี้ยประกันภัย.....บาท
 สัญญาเพิ่มเติม จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท เบี้ยประกันภัย.....บาท
 เบี้ยประกันภัยรวม.....บาท
 จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอฯ นี้บาท ชำระเป็น เงินสด โอนเข้าบัญชีบริษัทเลขที่
 ชื่อบัญชี..... ธนาคาร..... สาขา.....
 อื่นๆ.....
 ใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงินเลขที่.....

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/
 เอกสารการรับเงินตามเลขที่ ที่ระบุข้างต้น
 ชื่อและนามสกุลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย อายุ..... ปี อาชีพ
 ความสัมพันธ์

5. ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆกัน)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์	อายุ	ความสัมพันธ์	ที่อยู่	ร้อยละของผลประโยชน์

6. ท่านมีหรือเคยมีประกันชีวิตหรือประกันสุขภาพหรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่มี มี ดังนี้

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)			เงินชดเชยรายวัน	ขณะนี้สัญญาที่มีผลบังคับหรือไม่
	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ		

7. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่

ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด
.....
.....

8. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่

ไม่เคย เคย

9. ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่

ไม่เสพ/ไม่เคย เสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด.....ปริมาณ.....ความถี่.....
ครั้ง/สัปดาห์..... เสพมานาน.....ปี
 เลิกเสพเมื่อ.....

10. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่

ไม่ดื่ม/ไม่เคย ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด..... ปริมาณ.....ขวด/ครั้ง ความถี่
ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานานปี
 เลิกดื่ม เมื่อ

11. ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่

ไม่สูบบุหรี่/ไม่เคย สูบ/เคยสูบบุหรี่ โปรดระบุปริมาณ.....มวน/วัน สูบมานานปี
 เลิกสูบบุหรี่ เมื่อ

12. ส่วนสูง น้ำหนัก ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่

..... ซม. ก.ก. ไม่เปลี่ยน เปลี่ยน
โปรดระบุน้ำหนัก เพิ่มขึ้น.....ก.ก. ลดลง.....ก.ก.
สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง

ส่วนที่ 2 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์

/...2.ข้าพเจ้า

2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรือจะมี ขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัท ประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเงินเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยที่กำหนดไว้
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

(ลงชื่อ)

.....

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

(ลงชื่อ)

.....

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ)

.....

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ บิดา/มารดา ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย

ใบคำขอเอาประกันชีวิต (ชนิดมีคำถามสุขภาพอย่างสั้น)

ชื่อบริษัท
 ที่ตั้งทำการ

 ใบคำขอเอาประกันชีวิตประเภทสามัญ
 ชนิดทั่วไป(อายุตั้งแต่ปีขึ้นไป)

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและ
 ส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอา
 ประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริง
 ทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆอาจจะเป็นเหตุ
 ให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่า
 สินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตาม
 ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ชื่อตัวแทน/นายหน้า
 ใบอนุญาตเลขที่
 รหัสตัวแทน
 ชื่อหน่วย.....รหัสหน่วย.....
 สาขา.....
 ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่
 กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่
 แบบไม่ตรวจสุขภาพ
 แบบตรวจสุขภาพ

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย ชื่อและนามสกุลเดิม.....
 เพศ ชาย หญิง เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา.....
 สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า
 อายุปี เกิดวันที่เดือนพ.ศ.
 เอกสารที่ใช้แสดง บัตรประจำตัวประชาชน ทะเบียนบ้าน อื่นๆ
 เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างด้าว.....วันบัตรหมดอายุ.....
 ชื่อภรรยา/สามี

2. ที่อยู่และที่ทำงาน
 ก. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
 แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ..... จังหวัด รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....
 ข. สถานที่ทำงาน..... อาคาร..... เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....
 ถนน..... แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
 ค. ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน
 แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ..... จังหวัด รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....
 ง. สถานที่สะดวกในการติดต่อ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน สถานที่ทำงาน ที่อยู่ปัจจุบัน

3. อาชีพประจำตำแหน่งลักษณะงานที่ทำ
 ลักษณะธุรกิจ.....รายได้ต่อปีบาท
 อาชีพอื่นๆ (ถ้ามี).....ตำแหน่ง.....ลักษณะงานที่ทำ
 ลักษณะธุรกิจ.....รายได้ต่อปีบาท
 ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ ไม่ใช่ ใช่

4. แบบประกันภัย.....ชนิด มีเงินปันผล ไม่มีเงินปันผล
 ถ้ามีเงินปันผล/เงินคืนตามสัญญาเลือก ขอรับเป็นเงินสด / เช็ค นำไปชำระเบี้ยประกันภัย คงไว้กับ
 บริษัทเพื่อการสะสม (หากไม่เลือกวิธีใดวิธีหนึ่งข้างต้น บริษัทจะ..... กรณีที่ขอรับเป็นเงินสด
 และประสงค์จะให้โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารอัตโนมัติ กรุณากรอกข้อความตามแบบฟอร์มที่แนบ)
 ระยะเวลาเอาประกันภัยปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย.....ปี
 งวดการชำระเบี้ยประกันภัย รายเดือน ราย 3 เดือน ราย 6 เดือน รายปี
 ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว
 จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท เบี้ยประกันชีวิต.....บาท
 สัญญาเพิ่มเติม จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท เบี้ยประกันภัย.....บาท
 สัญญาเพิ่มเติม จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท เบี้ยประกันภัย.....บาท
 สัญญาเพิ่มเติมจำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท เบี้ยประกันภัย.....บาท
 เบี้ยประกันภัยรวม.....บาท
 จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอฯ นี้บาท ชำระเป็น เงินสด โอนเข้าบัญชีบริษัทเลขที่
 ชื่อบัญชี.....ธนาคาร.....สาขา.....
 อื่นๆ.....
 ใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงินเลขที่.....

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/
เอกสารการรับเงินตามเลขที่ ที่ระบุข้างต้น
 ชื่อและนามสกุลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยอายุ.....ปี อาชีพ
 ความสัมพันธ์

5. ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆกัน)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์	อายุ	ความสัมพันธ์	ที่อยู่	ร้อยละของผลประโยชน์

6. ท่านมีหรือเคยมีประกันชีวิตหรือประกันสุขภาพหรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่มี มี ดังนี้

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)			เงินชดเชยรายวัน	ขณะนี้สัญญาที่มีผลบังคับหรือไม่
	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ		

7. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่

ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด
.....
.....

8. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่

ไม่เคย เคย

9. ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่

ไม่เสพ/ไม่เคย เสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด.....ปริมาณ.....ความถี่.....
ครั้ง/สัปดาห์..... เสพมานาน.....ปี
 เลิกเสพเมื่อ.....

10. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่

ไม่ดื่ม/ไม่เคย ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด..... ปริมาณ.....ขวด/ครั้ง ความถี่.....
ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน.....ปี
 เลิกดื่ม เมื่อ.....

11. ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่

ไม่สูบบุหรี่/ไม่เคย สูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่ โปรดระบุปริมาณ.....มวน/วัน สูบมานาน.....ปี
 เลิกสูบบุหรี่ เมื่อ.....

12. ส่วนสูง น้ำหนัก ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่

..... ซม. ก.ก. ไม่เปลี่ยน เปลี่ยน
โปรดระบุน้ำหนัก เพิ่มขึ้น.....ก.ก. ลดลง.....ก.ก.
สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ขอเอาประกันภัย

13. บิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา ของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบบ หรือไม่

ไม่เป็น เป็น ถ้าเป็นโปรดระบุรายละเอียด

บุคคลที่เป็น	โรค	อายุที่เริ่มเป็น
.....
.....

14. ทรยา/สามี ของท่านเป็นโรคเอดส์ (HIV) หรือไวรัสตับอักเสบบหรือไม่

ไม่เป็น เป็น หากเป็นกรุณาทำเครื่องหมายในช่อง เป็นโรคเอดส์(HIV) เป็นโรคไวรัสตับอักเสบบ

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

15. ท่านมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดีไม่มีอวัยวะส่วนใดของร่างกายพิการและ/หรือทุพพลภาพ หรือไม่ป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไม่เป็นโรคร้ายแรงใดๆ

ใช่ ไม่ใช่ (โปรดระบุรายละเอียด).....

16. ในระหว่าง 3 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยให้แพทย์ตรวจหรือเข้าสถานพยาบาลทำการรักษาตัว ตรวจโลหิต ความดันโลหิต ปัสสาวะ เอกซเรย์ ตรวจหัวใจ หรือตรวจอย่างอื่นหรือไม่.....ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียด

ชื่อสถานพยาบาล	ชื่อแพทย์	โรค	ผลการตรวจ / รักษา	วันเดือนปีที่รักษา
.....
.....

17. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม)

.....

ส่วนที่ 4 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย

การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้ายืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพ เป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมี ขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

- หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเงินเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยที่กำหนดไว้
- ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

(ลงชื่อ)

(ลงชื่อ)

(.....)

(.....)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ บิดา/มารดา

ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ใบคำขอเอาประกันชีวิต (ชนิดมีคำถามสุขภาพอย่างละเอียด)

ชื่อบริษัท
ที่ตั้งทำการ
.....
ใบคำขอเอาประกันชีวิตประเภทสามัญ
ชนิดทั่วไป(อายุตั้งแต่ปีขึ้นไป)

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและ
ส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอา
ประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริง
ทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆอาจจะเป็นเหตุ
ให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่า
สินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตาม
ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ชื่อตัวแทน/นายหน้า
ใบอนุญาตเลขที่
รหัสตัวแทน
ชื่อหน่วย.....รหัสหน่วย.....
สาขา.....
ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่
กรรมธรรม์ประกันภัยเลขที่
 แบบไม่ตรวจสุขภาพ
 แบบตรวจสุขภาพ

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย ชื่อและนามสกุลเดิม.....
เพศ ชาย หญิง เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา.....
สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า
อายุปี เกิดวันที่เดือนพ.ศ.
เอกสารที่ใช้แสดง บัตรประจำตัวประชาชน ทะเบียนบ้าน อื่นๆ
เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างด้าว..... วันบัตรหมดอายุ.....
ชื่อภรรยา/สามี

2. ที่อยู่และที่ทำงาน
ก. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....
ข. สถานที่ทำงาน..... อาคาร..... เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....
ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
ค. ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....
ง. สถานที่สะดวกในการติดต่อ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน สถานที่ทำงาน ที่อยู่ปัจจุบัน

3. อาชีพประจำตำแหน่งลักษณะงานที่ทำ
ลักษณะธุรกิจ.....รายได้ต่อปีบาท
อาชีพอื่นๆ (ถ้ามี).....ตำแหน่ง.....ลักษณะงานที่ทำ
ลักษณะธุรกิจ.....รายได้ต่อปีบาท
ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ ไม่ใช่ ใช่

4. แบบประกันภัย.....ชนิด มีเงินปันผล ไม่มีเงินปันผล
ถ้ามีเงินปันผล/เงินคืนตามสัญญาเลือก ขอรับเป็นเงินสด / เช็ค นำไปชำระเบี้ยประกันภัย คงไว้กับบริษัท
บริษัทเพื่อการสะสม (หากไม่เลือกวิธีใดวิธีหนึ่งข้างต้น บริษัทจะ.....กรณีที่ยอมรับเป็นเงินสด
และประสงค์จะให้โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารอัตโนมัติ กรุณากรอกข้อความตามแบบฟอร์มที่แนบ)
ระยะเวลาเอาประกันภัยปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย.....ปี
งวดการชำระเบี้ยประกันภัย รายเดือน ราย 3 เดือน ราย 6 เดือน รายปี
 ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว
จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท เบี้ยประกันชีวิต.....บาท
สัญญาเพิ่มเติม จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท เบี้ยประกันภัย.....บาท
สัญญาเพิ่มเติม จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท เบี้ยประกันภัย.....บาท
สัญญาเพิ่มเติม จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท เบี้ยประกันภัย.....บาท
เบี้ยประกันภัยรวม.....บาท
จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอฯ นี้บาท ชำระเป็น เงินสด โอนเข้าบัญชีบริษัทเลขที่
..... ชื่อบัญชี.....ธนาคาร.....สาขา.....
อื่นๆ.....
ใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงินเลขที่.....

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/
เอกสารการรับเงินตามเลขที่ ที่ระบุข้างต้น
ชื่อและนามสกุลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยอายุ.....ปี อาชีพ
ความสัมพันธ์

5. ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆกัน)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์	อายุ	ความสัมพันธ์	ที่อยู่	ร้อยละของผลประโยชน์

6. ท่านมีหรือเคยมีประกันชีวิตหรือประกันสุขภาพหรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่มี มี ดังนี้

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)			เงินชดเชยรายวัน	ขณะนี้สัญญาที่มีผลบังคับหรือไม่
	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ		

7. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่

ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด
.....
.....

8. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่

ไม่เคย เคย

9. ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่

ไม่เสพ/ไม่เคย เสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด.....ปริมาณ.....ความถี่.....
ครั้ง/สัปดาห์..... เสพมานาน.....ปี
 เลิกเสพเมื่อ.....

10. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่

ไม่ดื่ม/ไม่เคย ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด..... ปริมาณ.....ขวด/ครั้ง ความถี่
ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานานปี
 เลิกดื่ม เมื่อ

11. ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่

ไม่สูบบุหรี่/ไม่เคย สูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่ โปรดระบุปริมาณ.....มวน/วัน สูบบุหรี่มานานปี
 เลิกสูบบุหรี่ เมื่อ

12. ส่วนสูง น้ำหนัก ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่

..... ซม. ก.ก. ไม่เปลี่ยน เปลี่ยน
โปรดระบุน้ำหนัก เพิ่มขึ้น.....ก.ก. ลดลง.....ก.ก.
สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ขอเอาประกันภัย

13. บิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา ของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบบีหรือไม่

ไม่เป็น เป็น ถ้าเป็นโปรดระบุรายละเอียด

บุคคลที่เป็น	โรค	อายุที่เริ่มเป็น
.....
.....

14. ภรรยา/สามี ของท่านเป็นโรคเอดส์ (HIV) หรือไวรัสตับอักเสบบหรือไม่

- ไม่เป็น เป็น หากเป็นกรุณาทำเครื่องหมายในช่อง เป็นโรคเอดส์(HIV) เป็นโรคไวรัสตับอักเสบบ

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

15. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

- ไม่เคย / ไม่มี เคย / มี

หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> สายตาพิการ	<input type="checkbox"/> โรคหอบหืด	<input type="checkbox"/> ดีซ่าน	<input type="checkbox"/> โรคต่อมน้ำเหลืองโต
<input type="checkbox"/> โรคจอประสาทตา	<input type="checkbox"/> โรคปอดอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ม้ามโต	<input type="checkbox"/> เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ
<input type="checkbox"/> โรคต่อหิน	<input type="checkbox"/> โรคถุงลมโป่งพอง	<input type="checkbox"/> โรคตับอ่อนอักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง
<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดในสมอง	<input type="checkbox"/> ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ	<input type="checkbox"/> โรคไต	<input type="checkbox"/> โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง
<input type="checkbox"/> โรคอัมพฤกษ์ / โรคอัมพาต	<input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> โรคข้ออักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคกามโรค (ภายใน 2ปี)
<input type="checkbox"/> โรคพาร์กินสัน	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> โรคเก๊าท์	<input type="checkbox"/> พิการทางร่างกาย
<input type="checkbox"/> โรคความจำเสื่อม	<input type="checkbox"/> โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ	<input type="checkbox"/> โรคหนังแข็ง	<input type="checkbox"/> โรคจิต
<input type="checkbox"/> โรคชัก	<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือด	<input type="checkbox"/> โรคเอสแอลอี	<input type="checkbox"/> โรคประสาท
<input type="checkbox"/> โรคปอดหรือปอดอักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคแผลในทางเดินอาหาร	<input type="checkbox"/> โรคเลือด	<input type="checkbox"/> โรคซึมเศร้า
<input type="checkbox"/> โรควัณโรค	<input type="checkbox"/> โรคตับหรือทางเดินน้ำดี	<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> ดาวน์ซินโดรม
	<input type="checkbox"/> โรคพิษสุราเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> โรคไทรอยด์	

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษา และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)
.....
.....

16. ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่

- ไม่เคย / ไม่มี เคย / มี

หากเคยมีหรือกำลังมี กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และให้ระบุอาการและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> การมองเห็นผิดปกติ	<input type="checkbox"/> เจ็บหรือแน่นหน้าอก	อาการในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา	เฉพาะสตรี
<input type="checkbox"/> กล้ามเนื้ออ่อนแรง	<input type="checkbox"/> ใจสั่น		
<input type="checkbox"/> การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ	<input type="checkbox"/> ปวดท้องเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> อาการอ่อนเพลีย	<input type="checkbox"/> กำลังตั้งครรภ์.....เดือน
<input type="checkbox"/> ร่างกายสูญเสียประสาทรับความรู้สึก	<input type="checkbox"/> อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด	<input type="checkbox"/> น้ำหนักลด	<input type="checkbox"/> โรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์และคลอดบุตร
<input type="checkbox"/> มีพัฒนาการช้า	<input type="checkbox"/> ท้องมาน	<input type="checkbox"/> ท้องเดินเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด
<input type="checkbox"/> ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ท้องเสียเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> มีเลือดปนในปัสสาวะ	
<input type="checkbox"/> ไอเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> มีเลือดปนในปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> ปวดข้อเรื้อรัง	
<input type="checkbox"/> ไอเป็นเลือด	<input type="checkbox"/> เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง	<input type="checkbox"/> เคยพยายามทำร้าย	
<input type="checkbox"/> เหนื่อยง่ายผิดปกติ	<input type="checkbox"/> จำเลือด	<input type="checkbox"/> ร่างกายตนเอง	
	<input type="checkbox"/> คลำพบก้อนเนื้อ	<input type="checkbox"/> จำเลือด	
		<input type="checkbox"/> โรคผิวหนังเรื้อรัง	

อาการ	วัน/เดือน/ปีที่เริ่มมีอาการ	อาการปัจจุบัน
.....
.....

17. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ

ก. การตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่ ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

ตรวจอะไร	เมื่อใด	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจ	ข้อสังเกตโดยแพทย์
.....
.....

ข. การบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่มีไว้ระบุนิวโรซังตัน ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

อาการ	วันเดือนปี ที่รับการปรึกษา	สถานพยาบาล	ผลการรักษา
.....
.....

คำถามข้อ 18. คำถามเพิ่มเติมสำหรับการขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพหรือโรคร้ายแรง

18. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการปรึกษา หรือตั้งข้อสงสัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

ไม่เคย / ไม่มี เคย / มี

หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> ติดเชื้อในหูชั้นกลาง	<input type="checkbox"/> กรดไหลย้อน	<input type="checkbox"/> เยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่	<input type="checkbox"/> เส้นประสาทอักเสบหรือถูกเบียดทับ
<input type="checkbox"/> ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> นิ้ว	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเคลื่อน	<input type="checkbox"/> ออทีสติก
<input type="checkbox"/> ไชนัสอักเสบ	<input type="checkbox"/> ถุงน้ำดีอักเสบ	<input type="checkbox"/> หมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท	<input type="checkbox"/> สมาร์สัน
<input type="checkbox"/> ปวดศรีษะไมเกรน	<input type="checkbox"/> ไส้เลื่อน	<input type="checkbox"/> ข้อเสื่อม	
<input type="checkbox"/> ภูมิแพ้	<input type="checkbox"/> ริดสีดวงทวาร	<input type="checkbox"/> เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง	
<input type="checkbox"/> หลอดลมอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ฝีคันขลุ่ย		

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการปรึกษา หรือตั้งข้อสงสัยโดยแพทย์)	การรักษา และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)
.....
.....

19. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม)

.....

.....

.....

ส่วนที่ 4 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย

การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพ เป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมี ขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเงินเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยที่กำหนดไว้
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

(ลงชื่อ)
 (.....)
 พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

(ลงชื่อ)
 (.....)
 ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ)
 (.....)
 ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ บิดา/มารดา
 ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย
 (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)