

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย
ผู้เอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ
อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญา
ประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ถ้อยแถลงของผู้เอาประกันภัยที่ให้แก่แพทย์ผู้ตรวจสุขภาพ (อายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป)

ใบคำขอเอาประกันภัยเลขที่.....เลขที่กรมธรรม์.....
 ชื่อตัวแทน / นายหน้า.....รหัส.....

1. ชื่อและนามสกุลของผู้เอาประกันภัย.....อายุ.....ปี บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....					
2. ก. ชื่อและที่อยู่ของโรงพยาบาล หรือ คลินิกที่ท่านใช้บริการเป็นประจำ..... ข. ท่านได้พบและปรึกษาแพทย์ครั้งสุดท้ายเมื่อใด สาเหตุที่พบและผล (รวมทั้งพบแพทย์ประจำตัวด้วย).....					
ถ้าคำตอบในข้อ 3-7 เป็นคำตอบรับโปรดให้รายละเอียดเกี่ยวกับสาเหตุและผลการตรวจ / รักษา / วัน เดือน ปี ชื่อและที่อยู่ของสถานพยาบาลที่ตรวจรักษา					
3. ก. ท่านเคยเสพยาหรือสารเสพติดใดๆ หรือดื่มสุรา หรือ สิ่งมีนเมาเป็นประจำ หรือ เคยรับการรักษากับ โรคนิ่วหรือโรครังหรือยาเสพติดบ้างหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย			
ข. ท่านสูบบุหรี่ หรือกลืน หรือจี้หรือไหม้ ถ้าใช่ ชนิดที่สูบ.....สูบเป็นเวลานาน.....ปี วันละ.....มวน ถ้าเลิกสูบ เลิกสูบเมื่อใด.....สาเหตุของการเลิกสูบ.....	<input type="checkbox"/> ไม่สูบ	<input type="checkbox"/> สูบ			
ค. น้ำหนัก.....ก.ก ส่วนสูงซ.ม. ระยะเวลา 6 เดือน ที่ผ่านมาน้ำหนัก เพิ่ม / ลดก.ก. เนื่องจาก.....					
4. ท่านเคยเป็น หรือทราบว่าท่านเป็น หรือเคยได้รับคำแนะนำ และ / หรือ การรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่					
ก. โรคเกี่ยวกับตา หู จมูก หรือคอ	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย			
ข. วัณโรคหรือวัณโรค เป็นลม โรคลมบ้าหมู(ลมชัก)อัมพาต แขนขาอ่อนแรง โรคจิต โรคทางสมองหรือระบบประสาท อย่างใดอย่างหนึ่ง	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย			
ค. บ้วนเป็นเลือด วัน โรค โรคหืด หอบ โรคปอดอักเสบ หรือ โรคใดโรคหนึ่งเกี่ยวกับปอดหรือระบบหายใจ	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย			
ง. อาการเจ็บหน้าอก ความดันโลหิตสูง พยาธิโรค โรคลิ้นหัวใจ เส้นเลือด หรือโรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย			
จ. อาการอาหารไม่ย่อยบ่อยๆ (ท้องอืด) แผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้ ไส้เลื่อน ริดสีดวงทวารหรือโรคใดๆเกี่ยวกับตับ ถุงน้ำดี กระเพาะอาหารหรือลำไส้ ท้องมาน (มีน้ำในช่องท้อง) โรคในช่องท้อง	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย			
ฉ. โรคไต นิว กามโรค หรือโรคใดๆเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ หรือระบบขับถ่ายปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย			
ช. โรคเบาหวาน คอพอก หรือโรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ (Endocrine)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย			
ซ. โรคมะเร็ง เนื้องอก ก้อนเนื้อหรืออวัยวะใดๆ ที่งอกขึ้นหรือโตขึ้นผิดปกติ	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย			
ด. ไข้เรื้อรัง ไข้รูมาติก ข้ออักเสบ โรคเก๊าท์ (Gout) หรือโรคใดๆเกี่ยวกับกระดูกสันหลัง กระดูกข้อต่อหรือกล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย			
ณ. มีความบกพร่องหรือพิการทางร่างกาย หรือจิตใจบ้างหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย			
อ. ในระหว่าง 6 เดือน ที่ผ่านมาท่านเคยเป็นหรือเคยได้รับคำแนะนำในการรักษาหรือมีอาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลด ท้องเดินเรื้อรัง ต่อมน้ำเหลืองโต หรือโรคผิวหนังเรื้อรัง ซึ่งเป็นติดต่อกันนานเกินกว่า 1 สัปดาห์หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย			
ก. ท่านเคยได้รับการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อมา โรคหรือเชื้อไวรัส โรคเอดส์หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย			
5. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ					
ก. การตรวจสุขภาพหรือตรวจวินิจฉัยโรคด้วยการตรวจเลือด ปัสสาวะ เอ็กซเรย์ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หรือการตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ (Biopsy) การตรวจด้วยเครื่องมืออัลตราซาวด์ หรือคอมพิวเตอร์ (CT SCAN) หรือเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย			
ข. การบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่มีใบอนุญาตไว้ข้างต้น (โปรดแจ้งหมายเลขบัตรประจำตัวคนไข้ และชื่อสถานพยาบาลที่ตรวจรักษา)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย			
6. บิดา มารดา คู่สมรส หรือพี่น้องของท่านเคยเป็นโรคเบาหวาน โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคจิต โรคเลือด โรคไต วัน โรค โรคเอดส์ หรือไม่ (ถ้ามี โปรดระบุโรคที่เป็น.....)	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี			
7. เฉพาะสตรี ก. ท่านเคยมีอาการผิดปกติที่เด็มน ช่องคลอด มดลูก รังไข่ ท่อน้ำไข่ อาการผิดปกติของประจำเดือน คลอดบุตรยาก มีอาการ แทรกซ้อนในการตั้งครรภ์หรือคลอดบุตร หรือเป็นโรคทางเพศสัมพันธ์หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย			
ข. ท่านกำลังตั้งครรภ์หรือไม่ ถ้าใช่ ขณะนี้.....เดือน	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่			
8. บันทึกเกี่ยวกับครอบครัว	ถ้ามีชีวิตอยู่		กรณีเสียชีวิตแล้ว		
	(โปรดระบุโรค หากเป็นโรคหรือเคยเป็นโรค)	อายุ(ปี)	สุขภาพ(แข็งแรง / ป่วยเป็นโรค)	อายุเมื่อเสียชีวิต(ปี)	สาเหตุที่เสียชีวิต
บิดา
มารดา

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า

- ถ้อยแถลงหรือคำตอบซึ่งข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นเป็นข้อเท็จจริงที่เป็นความจริง และยินยอมให้ข้าพเจ้าให้ข้อมูลเท็จจริงดังกล่าวไปใช้เพื่อประกอบการพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ของข้าพเจ้า
 - ยินยอมให้บริษัทฯ เปิดเผยข้อเท็จจริงอันเกี่ยวกับสุขภาพ ต่อบริษัทประกันภัยอื่นเพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ของข้าพเจ้ากับบริษัทอื่น
 - ในส่วนข้อเท็จจริงอันเกี่ยวกับสุขภาพ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบุคคลใดๆ ซึ่งได้เคยตรวจรักษา หรือจะตรวจสุขภาพข้าพเจ้าในอนาคต เปิดเผยข้อเท็จจริงดังกล่าวให้บริษัทฯ หรือบริษัทประกันภัยอื่น เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ทราบ
 - ข้าพเจ้าไม่เคยทราบว่าเป็นหรือเคยรักษาโรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์ และข้าพเจ้าทราบว่า การป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์ บริษัทฯจะไม่รับประกันชีวิตข้าพเจ้า
- เขียนที่จังหวัดวันที่
- ลงชื่อแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพ ลงชื่อผู้เอาประกันภัย
 (.....) (.....)

EXAMINATION OF ADULT APPLICATION (This examination should be made in private, no third person should be present)

Name of Applicant	Height (in low shoes) (cms)	Weight (without coat) (kgs)	Chest (force inspiration)(cms)	Chest (force expiration)(cms)	Abdomen (at umbilicus)(cms)																		
BLOOD PRESSURE (if over 140 systolic or 90 diastolic , record 3 readings) <table border="1" style="margin-left: 100px; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>1st reading</th> <th>2nd reading</th> <th>3rd reading</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			1 st reading	2 nd reading	3 rd reading							PULSE <table border="1" style="margin-left: 100px; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>At rest</th> <th>After exercise</th> <th>3 minutes later</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			At rest	After exercise	3 minutes later						
1 st reading	2 nd reading	3 rd reading																					
At rest	After exercise	3 minutes later																					
Systolic Diastolic (5 th phase)			Rate/minute Irregularities /minute Exercise only if irregular pulse, heart murmur or BP over 150/100																				
Details			Yes	No	Details of "Yes" answers. (Identify Item)																		
1. A – Are you personally or professionally acquainted with the applicant? If so, how long? B – Does the applicant appear unhealthy (such as pale, icteric, edema, etc.) or older than stated age? C – Do you suspect any abnormal mentality behavior or alcohol abuse or drug addict? D – Are there any identification marks (such as scars, birthmarks, etc.)?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																				
2. Do you find any evidence of past or present disease or abnormality of : A – Eyes, ears, nose, throat and mouth (including impairment of sight or hearing)? B – Thyroid or other endocrine glands, metabolic or hemopoietic systems? C – Breast (mass, surgical scar or mastectomy)? D – Respiratory system (lungs, pleura, chest wall)? E – Abdomen (including stomach, liver, spleen, hernias)? F – Genito-urinary system? G – Central or peripheral nervous system (including reflexes, gait, paralysis)? H – Skin, bones or joints (including varicose veins, deformities, lameness, amputations)?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																				
3. HEART : Apex Beat located at Is there any A – Arteriosclerosis or aneurysm? B – Hypertrophy or edema? C – Murmur – (If murmur is present, describe below)? Location [] apex [] base-over.....area Timing [] systolic [] diastolic [] presystolic Intensity [] soft [] moderate [] loud Transmission [] none [] axilla [] scapula After exercise [] absent [] decreased [] unchanged [] increased Diagnosis : Do you suspect any abnormality in the heart or vascular system?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																				
4. A – Are you aware of any unfavorable features likely to affect his/her longevity (i) in the personal or family history? (ii) disclosed by your medical examination? B – Do you recommend any additional tests or reports?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																				
5. Do you find or suspect any signs or symptoms related to HIV infection or AIDS. such as A – Lymph node enlargement? B – Oral candidiasis or oral hairy leucoplakia? C – Abnormal skin rash? D – Herpes zoster, herpes simplex, psoriasis etc.?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																				
6. Urinalysis <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width:15%;">Appearance</td> <td style="width:10%;">pH.</td> <td style="width:10%;">Sp. gr.</td> <td style="width:10%;">Albumin</td> <td style="width:10%;">Sugar</td> <td style="width:10%;">Blood</td> <td style="width:20%;">Others</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>						Appearance	pH.	Sp. gr.	Albumin	Sugar	Blood	Others											
Appearance	pH.	Sp. gr.	Albumin	Sugar	Blood	Others																	
If abnormal finding present, please send for microscopic urinalysis, If available.																							

Date Time A.M./P.M. Signature MD
 Hospital/Clinic..... (.....)
 Medical Practitioner Registration No.....
Hospital/Clinic Stamp Here