

คำเตือน ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ เพื่อบริษัทจะใช้ข้อมูลประกอบการพิจารณารับประกัน และเพื่อเป็นการรักษาผลประโยชน์ตามเงื่อนไขกรมธรรม์ของบริษัท เมื่อบริษัทได้รับประกันแล้ว

ถ้อยแถลงของผู้ขอเอาประกันภัยที่ให้แก่แพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเพื่อประกอบการพิจารณาชนิดตรวจสุขภาพ

1. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย.....อายุ..... ปี บัตรประจำตัวเลขที่.....		ถ้าคำตอบในข้อ 2-7 เป็นคำตอบรับโปรดให้รายละเอียดเกี่ยวกับสาเหตุและผลการตรวจรักษา วัน เดือน ปี ระยะเวลา และชื่อที่อยู่ของแพทย์ / สถานพยาบาลที่ตรวจรักษา
2.(ก) ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ประจำตัวของท่าน หรือโรงพยาบาล หรือคลินิกที่ท่านใช้บริการเป็นประจำ (ข) วันที่ท่านได้พบและปรึกษาแพทย์ครั้งสุดท้ายเมื่อใด? สาเหตุที่พบและผล (รวมทั้งแพทย์ประจำตัวด้วย)		
3.(ก) ท่านเคยเสพยาหรือสารเสพติดใดๆ หรือดื่มสุรา หรือสิ่งมีเมมาเป็นประจำ หรือเคยรับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรัง หรือยาเสพติดบ้างหรือไม่ (ข) ท่านสูบบุหรี่หรือไม่? ถ้าสูบ สูบประเภทใด (กล้อง/ซิการ์หรืออื่นใด) สูบมานานเท่าไร..... จำนวน.....มวนต่อวัน กรณีที่หยุดสูบบุหรี่แล้ว ให้แจ้งสาเหตุที่เลิกบุหรี่ด้วย..... (ค) ใน 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่าน เปลี่ยนแปลงหรือไม่? โปรดแจ้งน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น/ลดลง พร้อมทั้งระบุสาเหตุ.....		☐ ไม่เคย ☐ เคย ☐ ไม่สูบ ☐ สูบ ☐ ไม่เปลี่ยน ☐ เปลี่ยน
4. ท่านเคยเป็นหรือทราบว่าเป็นหรือเคยได้รับคำแนะนำ และ/หรือการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่ (ก) โรคเกี่ยวกับ ตา หู จมูก หรือคอ (ข) วัณโรคหรือวัณโรค เป็นลม โรคลมบ้าหมู(ลมชัก) ปวดศีรษะเป็นประจำ ไมเกรน อัมพฤกษ์ อัมพาต แขนขาอ่อนแรง โรคจิต โรคทางสมอง หรือระบบประสาทอย่างใดอย่างหนึ่ง (ค) ไอเรื้อรัง ไอบ้วนเป็นเลือด วัณโรค โรคหืด หอบ โรคปอดอักเสบหรือโรคใดโรคหนึ่งเกี่ยวกับปอด หรือระบบหายใจ (ง) อาการเจ็บหน้าอก แน่นหน้าอก ใจสั่น โรคหัวใจ หัวใจโต โรคกล้ามเนื้อหัวใจ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง พราย้ำ ภาวะซีด โรคเลือด เส้นเลือด (จ) อาการอาหารไม่ย่อยบ่อยๆ (ท้องอืด) แผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้ ไส้เลื่อน ริดสีดวงทวาร หรือโรคใดๆ เกี่ยวกับตับ หรือพาหะของไวรัสตับอักเสบ อุน้ำดี กระเพาะอาหารหรือลำไส้ ท้องมาน (มีน้ำในช่องท้อง) โรคในช่องท้อง (ฉ) โรคไต นิ่ว กามโรค หรือโรคใดๆ เกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ หรือระบบขับถ่ายปัสสาวะ (ช) โรคเบาหวาน คอพอก ต่อมไทรอยด์เป็นพิษ หรือโรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ (Endocrine) (ซ) โรคมะเร็ง เนื้องอก ตุ่มเนื้อหรืออวัยวะใดๆ ที่งอกขึ้นหรือโตขึ้นผิดปกติ (ญ) ใช้เรื้อรัง ใช้รวมติด ขี้แอลกอฮอล์ โรคเก๊าท์ (Gout) หรือ โรคใดๆ เกี่ยวกับกระดูกสันหลัง กระดูกข้อต่อ เอ็น กล้ามเนื้อ (ฎ) ร่างกายส่วนหนึ่งส่วนใดพิการหรือไม่สมประกอบ หรือมีความบกพร่องทางจิตใจ		☐ ไม่เคย ☐ เคย ☐ ไม่เคย ☐ เคย ☐ ไม่เคย ☐ เคย ☐ ไม่เคย ☐ เคย ☐ ไม่เคย ☐ เคย ☐ ไม่เคย ☐ เคย ☐ ไม่เคย ☐ เคย ☐ ไม่มี ☐ มี
5. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ (ก) การตรวจสุขภาพ การตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอ็กซเรย์ การตรวจหัวใจด้วยเครื่องไฟฟ้า การตรวจเลือด การตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ (Biopsy) การตรวจอุลตราซาวด์หรือคอมพิวเตอร์ (CT Scan) หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่ (ข) อุบัติเหตุ หรือการบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษา ในสถานพยาบาลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยใดๆ ที่มีได้ระบุไว้ข้างต้นหรือไม่		☐ ไม่เคย ☐ เคย ☐ ไม่เคย ☐ เคย ☐ ไม่มี ☐ มี
6. บิดา มารดา คู่สมรส หรือพี่น้องของท่านเคยเป็น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคจิต โรคเลือด โรคไต วัณโรค โรคเอดส์ หรือไม่ (ถ้ามีเป็นใคร/เป็นโรคอะไร?)		☐ ไม่มี ☐ มี
7. เฉพาะสตรี (ก) เคยมีอาการผิดปกติที่เต้านม ช่องคลอด มดลูกรังไข่ ท่อรังไข่ อาการผิดปกติของประจำเดือน คลอดบุตรยาก หรือมีอาการแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ หรือการคลอดหรือไม่ (ข) ประจำเดือนครั้งสุดท้ายเมื่อใด กำลังมีครรภ์หรือไม่ ถ้ามี ขณะนี้.....เดือน		☐ ไม่เคย ☐ เคย ☐ ไม่มี ☐ มี

8. บันทึกเกี่ยวกับครอบครัว	ถ้ายังมีชีวิตอยู่		กรณีเสียชีวิตแล้ว	
	อายุ	สุขภาพ	อายุเมื่อเสียชีวิต	สาเหตุที่เสียชีวิต
บิดา				
มารดา				

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า

1. ถ้อยแถลงหรือคำตอบซึ่งข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นเป็นข้อความจริงทุกประการ
2. ยินยอมให้นำข้อเท็จจริงดังกล่าวไปใช้เพื่อประกอบการพิจารณารับประกันภัยตามใบคำขอเอาประกันชีวิตของข้าพเจ้าหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
3. ยินยอมให้บริษัทเปิดเผยข้อเท็จจริงอันเกี่ยวกับสุขภาพต่อบริษัทประกันภัยอื่น เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือจ่ายเงินตามกรมธรรม์ของข้าพเจ้ากับบริษัทอื่น
4. ในส่วนของข้อเท็จจริงอันเกี่ยวกับสุขภาพ ยินยอมให้แพทย์หรือบุคคลใดๆ ซึ่งได้เคยตรวจรักษา หรือจะตรวจสุขภาพข้าพเจ้าในอนาคต เปิดเผยข้อเท็จจริงดังกล่าวให้บริษัทหรือบริษัทประกันภัยอื่น เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยทราบ
5. ข้าพเจ้าไม่เคยทราบว่าเป็น หรือเคยรักษาโรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์ และข้าพเจ้าทราบดีว่า ถ้าข้าพเจ้าป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสเอดส์แล้ว บริษัทจะไม่รับประกันชีวิตของข้าพเจ้า

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจ

()

เขียนที่.....จังหวัด.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอเอาประกันภัย

()

วันที่.....

MEDICAL EXAMINERS CONFIDENTIAL REPORT

Height (without shoes)	Weight (without coat)	Chest (force inspiration)	Chest (force expiration)	Abdomen (at umbilicus)	DETAILS of "Yes" answers. (Identify Item)
1. The applicant appears : ☐ Healthy ☐ Unhealthy ☐ Older than stated age					
2.					Yes/No
(a) Are you personally or professionally acquainted with the applicant? If so, how long?					☐ ☐
(b) Is there any reason to suspect intemperate habits?					☐ ☐
(c) Are there any Identification marks (such as scars, birthmarks etc.)?					☐ ☐
3. Do you find any evidence of past or present diseases or abnormality of:-					
(a) Eyes, ears, nose, throat and mouth (including impairment of sight or hearing)?					☐ ☐
(b) Thyroid or other endocrine glands or metabolic and haemopoietic systems?					☐ ☐
(c) Breast (Mass, Surgical scar or Mastectomy)?					☐ ☐
(d) Respiratory system (lungs, pleura, chest wall)?					☐ ☐
(e) Abdomen (including stomach, liver, spleen, herias, mass)?					☐ ☐
(f) Genito-urinary system?					☐ ☐
(g) Skin, bones or joints (including varicose veins, deformities, lameness, amputation, surgical scar)?					☐ ☐
(h) Central or peripheral nervous system (including reflexes, gait paralysis)?					☐ ☐
4. HEART : Apex Beat located in.....intercostal space.....inches to the left of MIDSTERNAL line. Is there any					
(a) Hypertrophy or oedema? Arteriosclerosis or aneurysm?					☐ ☐
(b) 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 ☐ increased					
Diagnosis.....					
(c) Do you suspect any abnormality in the heart or vascular system? If so, please describe.					☐ ☐
5. BLOOD PRESSURE (If over 140 systolic or 90 diastolic record 3 readings)					
1 st reading 2 nd reading 3 rd reading					
Systolic					
Diastolic					
(5 th phase)					
6. PULSE					
		At rest	After exercise	3 minutes later	
Rate per minute					
Irregularities per minute					
Exercise only if irregular pulse, heart murmur or BP over 150/100					
7. Do you find or suspect any signs or symptoms related to HIV infection of 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.					☐ ☐
8. For female applicant only, please state date and duration of LMP.					
9. (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?					☐ ☐
10. Urinalysis					
PH	Specific gravity	Albumin	Sugar	Blood	Others

I hereby certify that I have made this examination in private at.....
on this.....day of..... 20.....at.....AM/PM.

DOCTOR-PLEASE CHECK YOUR REPORT OF OMISSION. IT IS ADVISABLE THAT THE RESULT OF EXAMINATION IS NOT KNOWN TO THE APPLICANT NOR THE AGENT.



Signature.....M.D.

(.....)

License No.

Qualification.....