

กรมธรรม์เลขที่.....

จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท

ชื่อตัวแทน.....

## ถ้อยแถลงของผู้ขอเอาประกันภัยที่ให้แก่แพทย์ผู้ตรวจสุขภาพ

ส่วนที่ 1 ถ้อยแถลงของผู้ขอเอาประกันภัยที่ให้แก่แพทย์ผู้ตรวจสุขภาพ เพื่อประกอบกับใบคำขอเอาประกันชีวิตแบบตรวจสุขภาพ

### คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัย ปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

1. ชื่อและนามสกุลของผู้เอาประกันภัย	บัตรประจำตัวเลขที่	อายุ (ปี)
2. ชื่อแพทย์หรือสถานพยาบาลที่ท่านใช้บริการ (ถ้าไม่มีก็ให้แจ้งไว้ด้วยว่า “ไม่มี”) .....		
วันที่พบแพทย์ครั้งสุดท้าย ..... สาเหตุ .....		
ผลการตรวจ/รักษา .....		
3. ก. ท่านเคยเสพยาหรือสารเสพติดใดๆ หรือดื่มสุราหรือสิ่งมีนเมาเป็นประจำ หรือเคยรับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังหรือยาเสพติดบ้างหรือไม่	<input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย
ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียด.....		
ข. ท่านเคยสูบบุหรี่หรือไม่ ถ้าเคย สูบนานเท่าไร.....	<input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย
ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่หรือไม่ ประมาณวันละกี่มวน.....	<input type="checkbox"/> สูบ	<input type="checkbox"/> ไม่สูบ
ท่านสูบบุหรี่ชนิดอื่นๆ หรือไม่ ถ้าสูบบุหรี่ชนิดและจำนวน.....	<input type="checkbox"/> สูบ	<input type="checkbox"/> ไม่สูบ
4. ส่วนสูง ..... ซม.	ระยะเวลาเดือนที่ผ่านมาน้ำหนัก	<input type="checkbox"/> เท่าเดิม ..... กก.
น้ำหนัก ..... กก.		<input type="checkbox"/> เพิ่มขึ้น ..... กก.
		<input type="checkbox"/> ลดลง ..... กก.
5. ท่านเคยเป็นหรือทราบว่าท่านเป็นหรือเคยได้รับคำแนะนำและ/หรือได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่?	เคย	ไม่เคย
ก. โรคเกี่ยวกับ ตา หู จมูก หรือ คอ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ข. วังเวียนศีรษะบ่อยๆ เป็นลม โรคลมบ้าหมู (ลมชัก) อัมพาต แขนขาอ่อนแรง โรคจิต โรคทางสมอง หรือระบบประสาท ใดๆ อย่างใดอย่างหนึ่ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ค. บ้วนเป็นเลือด วัณโรค โรคหืด หอบ โรคปอดอักเสบ หรือโรคใดโรคหนึ่งเกี่ยวกับปอดหรือระบบหายใจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ง. อาการเจ็บหน้าอก ความดันโลหิตสูง พราย้ำ โรคเลือด หรือหลอดเลือดหรือโรคหัวใจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
จ. อาการอาหารไม่ย่อยบ่อยๆ (ท้องอืด) แผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้ไส้เลื่อน ริดสีดวงทวาร หรือโรคใดๆ เกี่ยวกับ ตับ ถุงน้ำดี กระเพาะอาหารหรือลำไส้ ท้องมาน (มีน้ำในช่องท้อง) ความผิดปกติใดๆ ในช่องท้อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ฉ. โรคไต นิ่ว กามโรค หรือโรคใดๆ เกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์หรือระบบขับถ่ายปัสสาวะ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ช. โรคเบาหวาน คอพอก หรือโรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ซ. โรคมะเร็ง เนื้องอก ตุ่มเนื้อหรืออวัยวะใดๆ ที่งอกขึ้นหรือโตขึ้นผิดปกติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ญ. ไข้เรื้อรัง ไข้รูมาติก ข้ออักเสบ โรคเก๊าท์ หรือโรคใดๆ เกี่ยวกับกระดูกสันหลังกระดูกข้อต่อหรือกล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ในกรณีตอบรับข้อ. 5 ถึง 8 กรุณาแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับโรคและอาการที่เป็นผลการตรวจวินิจฉัย วันที่รักษา ระยะเวลาที่รักษา ชื่อของแพทย์หรือสถานพยาบาลที่ทำการรักษา หมายเลขบัตรคนไข้ ผลการรักษา โดยระบุข้อความที่เกี่ยวข้องด้วย

<p>6. ในระหว่าง 5 ปี ที่ผ่านมา ท่านเคย</p> <p>ก. ตรวจร่างกาย เช่น เอ็กซเรย์ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ตรวจเลือด การตรวจและการวินิจฉัยโรค ด้วยเครื่องมืออื่นๆ หรือไม่?</p> <p>ข. เจ็บป่วย ได้รับบาดเจ็บ อุบัติเหตุ ผ่าตัด ได้รับคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับ สุขภาพ/การรักษาตัวในสถานพยาบาล (กรุณาแจ้งหมายเลขบัตรคนไข้) หรือการตรวจใดๆ ที่ไม่ได้กล่าวไว้ข้างต้นหรือไม่?</p>	<p>เคย      ไม่เคย</p> <p><input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/></p>	<p>ในกรณีตอบรับโปรดชี้แจงรายละเอียดเพิ่มเติม เช่นเดียวกับข้อ 5.</p>
<p>7. ก. ท่านเคยเป็นหรือเคยได้รับคำแนะนำ และ/หรือการรักษา หรือมีอาการต่อไปนี้ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาเป็นระยะเวลาติดต่อกันเกินกว่า 1 สัปดาห์ ได้แก่ อ่อนเพลีย น้ำหนักลด ท้องเดินเรื้อรัง ต่อม้ำเหลืองโต หรือโรคผิวหนังเรื้อรังหรือไม่?</p> <p>ข. ท่านเคยได้รับการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อกามโรค หรือเชื้อไวรัสเอดส์หรือไม่?</p>	<p><input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/></p>	
<p>8. เฉพาะสตรี</p> <p>ก. ท่านเคยมีอาการผิดปกติที่เต้านม ช่องคลอด มดลูก รังไข่ ท่อรังไข่ อาการผิดปกติของประจำเดือน คลอดบุตรยาก หรือมีอาการแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ หรือการคลอดบุตรหรือไม่?</p> <p>ข. ท่านกำลังตั้งครรภ์อยู่หรือไม่? <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ ถ้าใช่ขณะนี้กี่เดือน.....</p>	<p><input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/></p>	

9. บันทึกเกี่ยวกับครอบครัว

สมาชิก	กรณีมีชีวิตอยู่	กรณีที่เสียชีวิต	
	อายุ	อายุเมื่อเสียชีวิต	สาเหตุที่เสียชีวิต
บิดา			
มารดา			
อื่นๆ ระบุ			

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ถ้อยแถลงหรือคำตอบซึ่งข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริง และเป็นส่วนหนึ่งของข้อมูลที่น่าไปใช้ประกอบการพิจารณารับประกันภัยตามใบคำขอเอาประกันภัยชีวิตของข้าพเจ้า

ในส่วนของคุณข้อมูลอื่นเกี่ยวกับสุขภาพ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบุคคลใดๆ ซึ่งได้เคยตรวจรักษาหรือที่เคยตรวจสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต เผยข้อมูลให้ “บริษัท สหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)” ทราบและยินยอมให้ “บริษัท สหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)” เผยข้อมูลเท็จจริงดังกล่าวข้างต้นต่อไปยังบริษัทประกันภัยอื่น เพื่อใช้ประกอบการพิจารณารับประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย

ทำที่..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

ลงชื่อ.....พยาน/แพทย์ผู้ตรวจสุขภาพ      ลงชื่อ.....ผู้ขอเอาประกันภัย  
(.....)      (.....)

ลงชื่อ.....พยาน      ลงชื่อ..... ผู้ให้ความยินยอม  
(.....)      ความสัมพันธ์.....  
(บิดา/มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์)

**THIS EXAMINATION SHOULD BE MADE IN PRIVATE NO THIRD PERSON SHOULD BE PRESENT**

ส่วนที่ 2

**( 1 ) Applicant's build**

Height (without shoes)	Weight	Chest circumference		Abdomen at umbilicus
		force expiration	force inspiration	
(cm.)	(kg.)	(cm.)	(cm.)	(cm.)

**( 2 ) General appearance**

(a) <input type="checkbox"/> Strong <input type="checkbox"/> Weak	(b) <input type="checkbox"/> Obese <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Thin	(c) Pale <input type="checkbox"/> Icteric <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
--	--	---	------------------------------	-----------------------------

**( 3 ) Pulse and blood pressure**

At rest: Pulse...../ min    B.P. .... / ..... mmHg

(a) If pulse rate over 90/min or B.P. Over 140/90 mmHg reexamine after 5 minutes while applicant is at rest  
After resting for 5 minutes: Pulse...../ min    B.P. .... / ..... mmHg

(b) If pulse rate is less than 60/min reexamine immediately after exercise for 5 minutes  
After exercise: Pulse...../ min    B.P. .... / ..... mmHg

Vital signs
<input type="checkbox"/> Regularity
<input type="checkbox"/> Irregularity

**( 4 ) Cardiovascular system**

(a) Apex beat at.....  
(State intercostal space and relation to mid-clavicular line)

(b) Cardiac enlargement Yes  No

(c) Cardiac murmur (if yes, describe below) Yes  No   
 Location (apex, Base over..... area, etc.).....  
 Timing (systolic, diastolic, presystolic, etc.) .....  
 Intensity (soft, moderate, loud, etc.).....  
 Radiation (axilla, scapula, neck, shoulder, none, etc.).....

(d) Do you suspect any abnormality of cardiovascular systems? Yes  No   
 If yes, what is the most probable diagnosis? .....

**( 5 ) Urinalysis**

If abnormal finding present (hematuria, albuminuria. etc.) or in which case particular disease may be involve to renal system (DM,HT, GOUT, etc.) please send for microscopic urinalysis, if available.

Apperance (colour, turbidity)	Sp.Gr.	Albumin	Sugar	Occult blood	other (specify)

( 6 ) (a) Is the applicant personally known to you? Yes  No   
 If yes, for how long? .....

(b) Have you attended applicant professionally? Yes  No   
 If yes, for what illness and when?.....

**( 7 ) After physical examination and inquiry, do you find or suspect any evidence of present or past diseases or abnormalities of:**

(a) Respiratory system (lungs, pleura, chest wall)	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Details of "Yes" answer (Identify items)
(b) Nervous system (including reflexes, gait, paralysis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(c) Genito-urinary system	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(d) Abdomen (including hernia, hemorrhoid)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(e) Skin, muscle, bone and joints (including varicose veins, defomity, lameness, amputation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(f) E.E.N.T. (including impairment of sight and hearing)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(g) Thyroid, other endocrine gland, metabolic and blood diseases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(h) Breast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Yes	No	Details of "Yes" answer (Identify items)
( 8 ) Does he/she look older than his/her age?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
( 9 ) Do you suspect any abnormal mentality behaviour? If yes, please describe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(10) Do you suspect any alcohol, drug, narcotic abuse or addict? If yes, please specify.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(11) Are you aware of any unfavourable factors likely to affect applicant's health? If yes, please give comment.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(12) Do you recommend any additional examinations, tests or reports? If yes, please specify.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

I hereby certify that I have examined this applicant at.....  
on this date.....month ..... 20 .....at.....a.m./p.m.

แพทย์ผู้ตรวจ กรุณาเรียกบัตรประจำตัวประชาชน หรือเอกสารอื่นใดที่มีรูปถ่ายของผู้ขอเอาประกันภัยแนบอยู่ด้วย โปรดระบุว่าเป็นเอกสารชนิดใด .....  
เลขที่ .....  
วันออกบัตร .....

Signature ..... M.D.  
Name (Block Letters) (.....)  
Medical License No. ....  
ลงชื่อ (ต่อหน้าแพทย์) .....  
ผู้ขอเอาประกันภัย (.....)

(Kindly Check your report to avoid mistake or omission)

## หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าขอให้ความยินยอมไว้แก่ **"บริษัท สหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)"** รวมทั้งบุคคลหรือนิติบุคคลที่ได้รับมอบหมายจากบริษัท ให้ดำเนินการตรวจเลือดและ/หรือ ปัสสาวะและ/หรือสิ่งส่งตรวจอื่นใด นำผลการตรวจมาใช้ประกอบการพิจารณารับประกันภัยตามใบคำขอเอาประกันชีวิตที่ยื่นหรือที่จะยื่นต่อบริษัท การตรวจดังกล่าวนี้ให้รวมถึงการตรวจไขมันในเลือด เบาหวาน การทำงานของตับ ไต การติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (ภูมิคุ้มกันบกพร่อง) หรือการติดยาเสพติด บุหรี่ หรือสารอื่นๆ

นอกเหนือจากนั้น ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ บุคคล หรือนิติบุคคลใดๆ ซึ่งมีบันทึกเรื่องราวของข้าพเจ้าหรือประวัติเกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต เปิดเผยข้อมูลให้แก่ **"บริษัท สหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)"** ทราบและยินยอมให้ **"บริษัท สหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)"** เปิดเผยข้อมูลดังกล่าวข้างต้นต่อไปยังบริษัทประกันภัยอื่นเพื่อใช้ประกอบการพิจารณารับประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย สำเนาภาพถ่ายของเอกสารฉบับนี้ให้ถือเป็นผลบังคับได้เสมือนเป็นต้นฉบับจริง

ลงชื่อ .....ผู้ขอเอาประกันภัย  
( ..... )