



บมจ. แมนูไลฟ์ ประกันชีวิต (ประเทศไทย)  
364/30 ถนนศรีอยุธยา แขวงถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400  
โทรศัพท์ : 0-2246-7650 โทรสาร : 0-2248-5391 www.manulife.co.th

ตัวแทน ..... รหัส.....  
หน่วยงาน .....  
สาขา .....  
โทร.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการ

**ประกันภัยประกันภัย**

ผู้เอาประกันภัยจะตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆอาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

**หนังสือรับรองสุขภาพ ใช้เพื่อ**

- เปลี่ยนแปลงกรมธรรม์ (เพิ่มสัญญาเพิ่มเติม, เพิ่มจำนวนเงินเอาประกันภัย, เปลี่ยนเป็นแบบประกันที่มีระยะเวลาความคุ้มครองเพิ่มขึ้น, ลด/ยกเลิกเบี้ยประกันภัยเพิ่มพิเศษ)
- ขอต่ออายุกรมธรรม์ หรือกลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่

ข้อมูลเกี่ยวกับผู้เอาประกันภัย / ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีกรมธรรม์มีสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรุณาตอบข้อมูลในส่วนของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วย)

**ผู้เอาประกันภัย**

**ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย**

1. ชื่อ .....
2. เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน .....
3. อายุ ..... ปี
4. ที่อยู่ปัจจุบัน.....  
..... โทรศัพท์.....
5. อาชีพ หน้าที่การงานประจำวัน.....
6. ชื่อสถานที่ทำงาน/นายจ้าง ที่อยู่ และลักษณะธุรกิจ.....
7. รายได้ต่อปี ..... บาท
8. ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่  ไม่ใช่  ใช่
9. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่  ไม่เคย  เคย โปรดระบุรายละเอียดบริษัท .....
- สาเหตุ .....  
เมื่อใด .....
10. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคสต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่  ไม่เคย  เคย
11. ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่  ไม่เสพ/ไม่เคย  เสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด .....  
ปริมาณ ..... ความถี่ ..... ครั้ง/สัปดาห์  
เสพมานาน ..... ปี เลิกเสพ เมื่อ .....
12. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่  ไม่ดื่ม/ไม่เคย  ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด .....  
ปริมาณ ..... ขวด/ครั้ง ความถี่ ..... ครั้ง/สัปดาห์  
ดื่มมานาน ..... ปี เลิกดื่ม เมื่อ .....
13. ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่  ไม่สูบบุหรี่/ไม่เคย  สูบบุหรี่/เคย โปรดระบุปริมาณ.....มวน/วัน  
สูบบุหรี่มานาน ..... ปี เลิกสูบบุหรี่ เมื่อ .....
14. ส่วนสูง..... ซม. น้ำหนัก..... กก.  
ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่  ไม่เปลี่ยน  เปลี่ยน โปรดระบุน้ำหนัก  
○ เพิ่มขึ้น ..... กก. ○ ลดลง ..... กก.  
สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง.....

1. ชื่อ .....
2. เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน .....
3. อายุ ..... ปี
4. ที่อยู่ปัจจุบัน.....  
..... โทรศัพท์.....
5. อาชีพ หน้าที่การงานประจำวัน.....
6. ชื่อสถานที่ทำงาน/นายจ้าง ที่อยู่ และลักษณะธุรกิจ.....
7. รายได้ต่อปี ..... บาท
8. ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่  ไม่ใช่  ใช่
9. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่  ไม่เคย  เคย โปรดระบุรายละเอียดบริษัท .....
- สาเหตุ .....  
เมื่อใด .....
10. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคสต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่  ไม่เคย  เคย
11. ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่  ไม่เสพ/ไม่เคย  เสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด .....  
ปริมาณ ..... ความถี่ ..... ครั้ง/สัปดาห์  
เสพมานาน ..... ปี เลิกเสพ เมื่อ .....
12. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่  ไม่ดื่ม/ไม่เคย  ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด .....  
ปริมาณ ..... ขวด/ครั้ง ความถี่ ..... ครั้ง/สัปดาห์  
ดื่มมานาน ..... ปี เลิกดื่ม เมื่อ .....
13. ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่  ไม่สูบบุหรี่/ไม่เคย  สูบบุหรี่/เคย โปรดระบุปริมาณ.....มวน/วัน  
สูบบุหรี่มานาน ..... ปี เลิกสูบบุหรี่ เมื่อ .....
14. ส่วนสูง..... ซม. น้ำหนัก..... กก.  
ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่  ไม่เปลี่ยน  เปลี่ยน โปรดระบุน้ำหนัก  
○ เพิ่มขึ้น ..... กก. ○ ลดลง ..... กก.  
สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง.....

**ผู้เอาประกันภัย**

**ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย**

15. บิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา ของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบหรือไม่  ไม่เป็น  เป็น โปรดระบุรายละเอียดบุคคลที่เป็น ..... โรค ..... อายุที่เริ่มเป็น .....
16. ภรรยา/สามี ของท่านเป็นโรคเอดส์ (HIV) หรือไวรัสตับอักเสบบหรือไม่  ไม่เป็น  เป็น โปรดระบุโรค  โรคเอดส์  โรคไวรัสตับอักเสบบ
17. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ
- ก) การตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่  ไม่เคย  เคย โปรดระบุรายละเอียดตรวจอะไร ..... เมื่อใด ..... อายุที่เริ่มเป็น ..... สถานที่ตรวจ ..... ผลการตรวจ ..... ข้อสังเกตของแพทย์ .....
- ข) การบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่มีได้ระบุไว้ข้างต้น  ไม่เคย  เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียดอาการ ..... วันเดือนปีที่ได้รับการรักษา ..... สถานพยาบาล ..... ผลการรักษา .....

15. บิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา ของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบบหรือไม่  ไม่เป็น  เป็น โปรดระบุรายละเอียดบุคคลที่เป็น ..... โรค ..... อายุที่เริ่มเป็น .....
16. ภรรยา/สามี ของท่านเป็นโรคเอดส์ (HIV) หรือไวรัสตับอักเสบบหรือไม่  ไม่เป็น  เป็น โปรดระบุโรค  โรคเอดส์  โรคไวรัสตับอักเสบบ
17. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ
- ก) การตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่  ไม่เคย  เคย โปรดระบุรายละเอียดตรวจอะไร ..... เมื่อใด ..... อายุที่เริ่มเป็น ..... สถานที่ตรวจ ..... ผลการตรวจ ..... ข้อสังเกตของแพทย์ .....
- ข) การบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่มีได้ระบุไว้ข้างต้น  ไม่เคย  เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียดอาการ ..... วันเดือนปีที่ได้รับการรักษา ..... สถานพยาบาล ..... ผลการรักษา .....

18. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกต โดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่ หากเคย กรุณาระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

โรค	ผู้เอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย		โรค	ผู้เอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	
	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย		ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย
สายตาสั้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ดีซ่าน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคจอประสาทตา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	มีามโต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคต่อหีน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคตับอ่อนอักเสบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคหลอดเลือดในสมอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคไต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคอัมพฤกษ์ / โรคอัมพาต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคข้ออักเสบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคพาร์กินสัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเก๊าท์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคความจำเสื่อม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคหนังแข็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคชัก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเอสแอลอี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคปอดหรือปอดอักเสบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรควิณโรค	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคหอบหืด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคไทรอยด์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคต่อมน้ำเหลืองโต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคถุงลมโป่งพอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคมะเร็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

โรค	ผู้เอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย		โรค	ผู้เอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	
	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย		ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย
โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคกามโรค (ภายใน 2 ปี)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	พิการทางร่างกาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคหลอดเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคจิต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคแผลในทางเดินอาหาร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคประสาท	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคตับหรือทางเดินน้ำดี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคซึมเศร้า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคพิษสุราเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ความช้ำโครม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือ รับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกต โดยแพทย์)	การรักษาและอาการ ปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้ โปรดระบุ)
ผู้เอาประกันภัย	.....	.....	.....
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	.....	.....	.....

19. ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่ หากเคย กรุณาระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

โรค	ผู้เอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย		โรค	ผู้เอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	
	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย		ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย
การมองเห็นผิดปกติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ปวดข้อเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
กล้ามเนื้ออ่อนแรง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การเคลื่อนไหวของ ร่างกายผิดปกติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	จำเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ร่างกายสูญเสียประสาทรับ ความรู้สึก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	คลำพบก้อนเนื้อ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
มีพัฒนาการช้า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	มีเลือดปนในปัสสาวะ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	อาการในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา				
ไอเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	อาการอ่อนเพลีย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ไอเป็นเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	น้ำหนักลด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เหนื่อยง่ายผิดปกติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ท้องเดินเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เจ็บหรือแน่นหน้าอก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ไข้เรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ใจสั่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคผิวหนังเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ปวดท้องเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เฉพาะสตรี				
อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	กำลังตั้งครรภ์ ..... เดือน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ท้องมาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ และคลอดบุตร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ท้องเสียเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการ รักษา หรือตั้งข้อสังเกต โดยแพทย์)	การรักษาและอาการปัจจุบัน/ สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)
ผู้เอาประกันภัย	.....	.....
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	.....	.....

**คำถามเพิ่มเติมสำหรับการขอซื้อสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพ หรือโรคร้ายแรง หรือขอต่ออายุกรมธรรม์ หรือขอกลับคืนผู้สถานะเดิมของกรมธรรม์ ในกรณีที่มีสัญญาเพิ่มเติมสุขภาพหรือโรคร้ายแรง แบบท้ายกรมธรรม์**

20. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็น โรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่  
 หมายเหตุ กรุณาระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

โรค	ผู้เอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย		โรค	ผู้เอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	
	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย		ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย
ติดเชื้อ ในหูชั้นกลาง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ริดสีดวงทวาร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ฝีคัณฑบุตร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ไซนัสอักเสบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ปวดศีรษะไมเกรน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	กระดูกสันหลังเคลื่อน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ภูมิแพ้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	หมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
หลอดลมอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ข้อเสื่อม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
กรดไหลย้อน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
นิ้ว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เส้นประสาทอักเสบหรือถูกเบียดทับ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ถุงน้ำดีอักเสบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	อหิวาตกโรค	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ไส้เลื่อน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	สมาธิสั้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกต โดยแพทย์)	การรักษาและอาการปัจจุบัน/สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)
ผู้เอาประกันภัย	.....	.....
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	.....	.....

**การให้คำยืนยันและการมอบอำนาจของผู้เอาประกันภัย**

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยชีวิตนี้ รวมถึงด้วยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือนุเคราะห์ทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เขียนที่ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

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

ลงชื่อ .....  
 (.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ  บิดา/มารดา  ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย  
 (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)