



บริษัท แมนูไลฟ์ จำกัด (มหาชน)
 1788 อาคารสิงห์คอมเพล็กซ์ ชั้น 18 ถนนเพชรบุรีตัดใหม่
 แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
 โทรศัพท์ : 02-033-9000 โทรเลขเลขที่ 0107537001081

สาขา
 โทร.....

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการ
 ประกอบธุรกิจประกันภัย**

ผู้เอาประกันภัยจะตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การ
 ปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิต
 ปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย
 ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

หนังสือรับรองสุขภาพ ใช้เพื่อ

- เปลี่ยนแปลงกรมธรรม์ (เพิ่มสัญญาเพิ่มเติม, เพิ่มจำนวนเงินเอาประกันภัย, เปลี่ยนเป็นแบบประกันที่มี
 ระยะเวลาคุ้มครองเพิ่มขึ้น, ลด/ยกเลิกเบี้ยประกันภัยเพิ่มพิเศษ)
- ขอต่ออายุกรมธรรม์ หรือกลับคืนผู้สถานะเดิมของกรมธรรม์

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่

ข้อมูลเกี่ยวกับผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีกรมธรรม์มีสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรุณาตอบข้อมูลในส่วนของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วย)

ผู้เอาประกันภัย

1. ชื่อ
2. เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน
3. อายุ ปี
4. ที่อยู่ปัจจุบัน
 โทรศัพท์
5. อาชีพ หน้าที่การงานประจำวัน
6. ชื่อสถานที่ทำงาน/นายจ้าง ที่อยู่ และลักษณะธุรกิจ

7. รายได้ต่อปีบาท
8. ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ ไม่ใช่ ใช่
9. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลง
 เงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนผู้สถานะเดิม หรือการ
 ขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่เคย เคย
 โปรดระบุรายละเอียด
 บริษัท
 สาเหตุ
10. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคชต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติด
 หรือไม่ ไม่เคย เคย
11. ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่
 ไม่เสพ/ไม่เคย
 เสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด
 ปริมาณ ความถี่ ครั้ง/สัปดาห์
 เสดษมานาน ปี เลิกเสพ เมื่อ
12. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่
 ไม่ดื่ม/ไม่เคย ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด
 ปริมาณ ขวด/ครั้ง ความถี่ ครั้ง/สัปดาห์
 ดื่มมานาน ปี เลิกดื่ม เมื่อ
13. ท่านสูบหรือเคยสูบ บุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่
 ไม่สูบ/ไม่เคย สูบ/เคย โปรดระบุปริมาณ มวน/วัน
 สูบมานาน ปี เลิกสูบ เมื่อ
14. ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก ก.ก.
 ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่
 ไม่เปลี่ยน เปลี่ยน โปรดระบุ น้ำหนัก
 เพิ่มขึ้น ก.ก. ลดลง ก.ก.
 สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

1. ชื่อ
2. เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน
3. อายุ ปี
4. ที่อยู่ปัจจุบัน
 โทรศัพท์
5. อาชีพ หน้าที่การงานประจำวัน
6. ชื่อสถานที่ทำงาน/นายจ้าง ที่อยู่ และลักษณะธุรกิจ

7. รายได้ต่อปีบาท
8. ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ ไม่ใช่ ใช่
9. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลง
 เงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนผู้สถานะเดิม หรือการขอ
 ต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่เคย เคย
 โปรดระบุรายละเอียด
 บริษัท
 สาเหตุ
10. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคชต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติด
 หรือไม่ ไม่เคย เคย
11. ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่
 ไม่เสพ/ไม่เคย
 เสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด
 ปริมาณ ความถี่ ครั้ง/สัปดาห์
 เสดษมานาน ปี เลิกเสพ เมื่อ
12. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่
 ไม่ดื่ม/ไม่เคย ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด
 ปริมาณ ขวด/ครั้ง ความถี่ ครั้ง/สัปดาห์
 ดื่มมานาน ปี เลิกดื่ม เมื่อ
13. ท่านสูบหรือเคยสูบ บุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่
 ไม่สูบ/ไม่เคย สูบ/เคย โปรดระบุปริมาณ มวน/วัน
 สูบมานาน ปี เลิกสูบ เมื่อ
14. ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก ก.ก.
 ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่
 ไม่เปลี่ยน เปลี่ยน โปรดระบุ น้ำหนัก
 เพิ่มขึ้น ก.ก. ลดลง ก.ก.
 สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง

<u>ผู้เอาประกันภัย</u>	<u>ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย</u>
<p>15. บิดา มารดา ที่นั่งร่วมบิดาและ/หรือมารดา ของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือดหรือโรคไวรัสตับอักเสบหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เปลี่ยน <input type="checkbox"/> เปลี่ยน โปรดระบุรายละเอียด บุคคลที่เป็น โรค อายุที่เริ่มเป็น</p> <p>16. ภรรยา/สามี ของท่านเป็นโรคเอดส์ (HIV) หรือไวรัสตับอักเสบหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุโรค <input type="radio"/> โรคเอดส์ <input type="radio"/> ไวรัสตับอักเสบ</p> <p>17. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ</p> <p>ก) การตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุรายละเอียด ตรวจอะไร เมื่อใด อายุที่เริ่มเป็น</p> <p>สถานที่ตรวจ ผลการตรวจ ข้อสังเกตของแพทย์</p> <p>ข) การบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่มีได้ระบุไว้ข้างต้น <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด อาการ วันเดือนปีที่รับการรักษา</p> <p>สถานพยาบาล</p>	<p>15. บิดา มารดา ที่นั่งร่วมบิดาและ/หรือมารดา ของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือดหรือโรคไวรัสตับอักเสบหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เปลี่ยน <input type="checkbox"/> เปลี่ยน โปรดระบุรายละเอียด บุคคลที่เป็น โรค อายุที่เริ่มเป็น</p> <p>16. ภรรยา/สามี ของท่านเป็นโรคเอดส์ (HIV) หรือไวรัสตับอักเสบหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุโรค <input type="radio"/> โรคเอดส์ <input type="radio"/> ไวรัสตับอักเสบ</p> <p>17. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ</p> <p>ก) การตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุรายละเอียด ตรวจอะไร เมื่อใด อายุที่เริ่มเป็น</p> <p>สถานที่ตรวจ ผลการตรวจ ข้อสังเกตของแพทย์</p> <p>ข) การบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่มีได้ระบุไว้ข้างต้น <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด อาการ วันเดือนปีที่รับการรักษา</p> <p>สถานพยาบาล</p>

18. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่
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"/>	มีลมไต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคคอหอย	<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"/>
โรควัณโรค	<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"/>	โรคต่อมไทรอยด์	<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"/>	คาวานชินโครม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ผู้เอาประกันภัย	โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือ รับการรักษ หรือตั้งข้อสังเกต โดยแพทย์)	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้ โปรดระบุ)
.....
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"/>
การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ	<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"/>
ร่างกายสูญเสียประสาทรับความรู้สึก	<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"/>	<u>อาการในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา</u>				
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"/>	<u>เฉพาะสตรี</u>				
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"/>	โรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์และ คลอดบุตร	<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"/>

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

คำถามเพิ่มเติมสำหรับการขอซื้อสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพ หรือโรคร้ายแรง หรือขอต่ออายุกรมธรรม์ หรือขอกลับคืนผู้สถานะเดิมของกรมธรรม์ ในกรณีที่มีสัญญาเพิ่มเติมสุขภาพหรือโรคร้ายแรง แบบท้ายกรมธรรม์

20. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่
 หากเคย กรุณาระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

โรค	ผู้เอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกัน		โรค	ผู้เอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกัน	
	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย		ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย
ติดเชื้อในหูชั้นกลาง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคสีดวงตา	<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"/>	ฝีคัณฑสูตร	<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"/>	เยื่อหู โพรงมดลูกเจริญผิดที่	<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"/>	ออทิสติก	<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"/>

ผู้เอาประกันภัย	อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกต โดยแพทย์)	การรักษาและอาการปัจจุบัน / สอนพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้ โปรดระบุ)
ผู้ชำระเบี้ยประกัน
.....
.....
.....

การให้คำยืนยันและการมอบอำนาจของผู้เอาประกันภัย

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เขียนที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

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

ลงชื่อ
 (.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ บิดา/มารดา
 ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย
 (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)