

<p>6. ท่านมีหรือเคยมีประภันชีวิตหรือประภันสุขภาพหรือประภันอุบัติเหตุ หรือกำลังขออาประภันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทที่หรือบริษัทอื่นหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ถ้า มี โปรดระบุรายละเอียด หากเนื้อที่ระบุคำตอบมีเมื่อยังพ่อ โปรดระบุรายละเอียดในบันทึกเพิ่มเติมข้อมูลในคำขออาประภันภัย</p>																								
บริษัท	จำนวนเงินอาประภันภัย (บาท)			เงินชดเชย มีผลบังคับหนี้อีก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> กำลังสมควร <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> กำลังสมควร																				
	ชีวิต	โรคครายแรง	อุบัติเหตุ		รายวัน																			
<p>7. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เสื่อนการรับประภันภัย เพื่ออัตราเบี้ยประภันภัย เป็นไปตามเงื่อนไขสำหรับการขออาประภันภัยหรือการขอภัยคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทที่หรือบริษัทที่อื่นหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด ชื่อบริษัท..... สาเหตุ..... เมื่อ.....</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</p>																								
<p>8. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เสพ/ไม่เคย <input type="checkbox"/> เสพ/เคยเสพ ชนิด ปริมาณ ความถี่ ครั้ง/สัปดาห์ เสพมานาน ปี / เลิกเสพเมื่อ</p>																								
<p>9. ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เสพ/ไม่เคย <input type="checkbox"/> เสพ/เคยเสพ ชนิด ปริมาณ ความถี่ ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน ปี / เลิกดื่มเมื่อ</p>																								
<p>10. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอลล์เป็นประจำหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ดื่ม/ไม่เคย <input type="checkbox"/> ดื่ม/เคยดื่ม ชนิด ปริมาณ ขวด/ครั้ง ความถี่ ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน ปี / เลิกดื่มเมื่อ</p>																								
<p>11. ท่านสูบหรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่สูบ/ไม่เคย <input type="checkbox"/> สูบ/เคยสูบ ปริมาณ วน/วัน สูบมานาน ปี / เลิกสูบเมื่อ</p>																								
<p>12. ส่วนสูง ซ.ม. น้ำหนัก ก.ก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เปลี่ยน <input type="checkbox"/> เปลี่ยน เพิ่มขึ้น ก.ก. ลดลง ก.ก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง</p>																								
<p>ส่วนที่ 2, 3, 4, และ 5 หากเนื้อที่ระบุคำตอบมีเมื่อยังพ่อ โปรดระบุรายละเอียดในบันทึกเพิ่มเติมข้อมูลในคำขออาประภันภัย</p> <p>ส่วนที่ 2 คำขอเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของ ผู้ขออาประภันภัย</p>																								
<p>13. บิดา матери พี่น้องร่วมบิดาและ/or หรือมารดา ของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยาบาล慢ๆ ตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด โรคไวรัสตับอักเสบ หรือไม่ ถ้า เป็น โปรดระบุ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> เป็น บุคคลที่เป็น โรค อายุเมื่อริมเป็น ปี</p>																								
<p>14. ภรรยา/สามีของท่านเป็นโรคเอดส์ (HIV) หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือ ไวรัสตับอักเสบหรือไม่ (กรณีที่ไม่มี ภรรยา/สามี ไม่ต้องตอบ)</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> เป็น หาก เป็น กรุณางานทำเครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/> โรคเอดส์ (HIV) หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง <input type="checkbox"/> ไวรัสตับอักเสบ</p>																								
<p>ส่วนที่ 3 คำขอเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของ ผู้ขออาประภันภัย</p>																								
<p>15. ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่</p> <p>ก) คลำபְּבָשְׁ גַּוֹןְנֵאָו <input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี โปรดระบุรายละเอียด</p> <p>ข) มีอาการดังต่อไปนี้ในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี</p> <p>กรุณางานทำเครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/> และให้ระบุอาการและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="checkbox"/> อาการอ่อนเพลีย <input type="checkbox"/> น้ำหนักลด <input type="checkbox"/> ห้องเดินเร็ว <input type="checkbox"/> ขาเร็ว <input type="checkbox"/> โรคผิวหนังเรื้อรัง</p>																								
อาการและภารกษา		วัน / เดือน / ปี ที่เริ่มมีอาการ	อาการปัจจุบัน																					
<p>ค) ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยให้แพทย์ตรวจ หรือเข้าстанาพยาบาลเพื่อทำการรักษาตัว ตรวจสุขภาพ ตรวจเลือด ตรวจซึ้นแล้ว ความดันโลหิต บัสสาวะ เอ็กซเรย์ ตรวจคลื่นหัวใจ ตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือตรวจอย่างอื่นหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุรายละเอียด</p>																								
ตรวจอะไร	เมื่อใด	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจ	ข้อสังเกตโดยแพทย์																				
<p>ง) ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคย บาดเจ็บ เจ็บป่วย ได้รับการผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่มิได้ระบุไว้ข้างต้น <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุรายละเอียด</p>																								
อาการ	วันเดือน/ปี ที่รับการรักษา	สถานพยาบาล	ผลการรักษา																					
<p>16. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษาหรือต้องด้วยสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำ답นี้หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี หาก เคย/มี กรุณางานทำเครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/> และระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียด ในข้อ 16.ค) (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p>																								
<p>16.ก) สำหรับการขออาประภันภัยหลัก และสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคครายแรง</p>																								
<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> โรคหอบหืด</td> <td><input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง</td> <td><input type="checkbox"/> โรคเลือด</td> <td><input type="checkbox"/> โรคหัวใจ</td> <td><input type="checkbox"/> โรคตับหรือทางเดินลำไส้</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> โรควันโรค</td> <td><input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดในสมอง</td> <td><input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือด</td> <td><input type="checkbox"/> โรคไต</td> <td><input type="checkbox"/> โรคเอดส์ (HIV) หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> โรคหัวใจ</td> <td><input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน</td> <td><input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง</td> <td><input type="checkbox"/> โรคจิต</td> <td><input type="checkbox"/> โรคเก้าท์</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> โรคปอดหรือปอดอักเสบ</td> <td><input type="checkbox"/> โรคเอสแอลวี</td> <td><input type="checkbox"/> พิการทางร่างกาย</td> <td><input type="checkbox"/> โรคพาร์กินสัน</td> <td><input type="checkbox"/> โรคอัมพฤกษ์หรือมพาด</td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> โรคหอบหืด	<input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> โรคเลือด	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> โรคตับหรือทางเดินลำไส้	<input type="checkbox"/> โรควันโรค	<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดในสมอง	<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือด	<input type="checkbox"/> โรคไต	<input type="checkbox"/> โรคเอดส์ (HIV) หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง	<input type="checkbox"/> โรคจิต	<input type="checkbox"/> โรคเก้าท์	<input type="checkbox"/> โรคปอดหรือปอดอักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคเอสแอลวี	<input type="checkbox"/> พิการทางร่างกาย	<input type="checkbox"/> โรคพาร์กินสัน	<input type="checkbox"/> โรคอัมพฤกษ์หรือมพาด
<input type="checkbox"/> โรคหอบหืด	<input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> โรคเลือด	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> โรคตับหรือทางเดินลำไส้																				
<input type="checkbox"/> โรควันโรค	<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดในสมอง	<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือด	<input type="checkbox"/> โรคไต	<input type="checkbox"/> โรคเอดส์ (HIV) หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง																				
<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง	<input type="checkbox"/> โรคจิต	<input type="checkbox"/> โรคเก้าท์																				
<input type="checkbox"/> โรคปอดหรือปอดอักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคเอสแอลวี	<input type="checkbox"/> พิการทางร่างกาย	<input type="checkbox"/> โรคพาร์กินสัน	<input type="checkbox"/> โรคอัมพฤกษ์หรือมพาด																				

16.๙) ข้อ 16.๙) และ ข้อ 17. สำหรับการขอເອົາປະກັນກັບສັນຍາເພີ່ມເຕີມເກີ່ຍວັນສຸງການ

- | | | | | |
|--|---|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> ສາຍຕັພິກາ | <input type="checkbox"/> ດື່ຈ່ານ | <input type="checkbox"/> ໂຮຄປະສາຫ | <input type="checkbox"/> ຕິດເຂົ້ອໃນຫຼູ້ໜັກລາງ | <input type="checkbox"/> ຖຸນ້າດີອັກເສນ |
| <input type="checkbox"/> ໂຮຄຈອປະສາຫາ | <input type="checkbox"/> ມ້າມໂຕ | <input type="checkbox"/> ໂຮຄ່ົມເສຣາ | <input type="checkbox"/> ຕ່ອມທອນໂລກເສນເວົ້ວງ | <input type="checkbox"/> ໄສ່ເລື່ອນ |
| <input type="checkbox"/> ໂຮຄຕ້ອහິນ | <input type="checkbox"/> ໂຮຄຕັບອ່ອນອັກເສນ | <input type="checkbox"/> ອອກສຶກ | <input type="checkbox"/> ໄຫນສັກເສນ | |
| <input type="checkbox"/> ໂຮຄວາມຈຳເສື່ອນ | <input type="checkbox"/> ໂຮຄແລນໃກ່າພິກາຫາຫາຍາ | <input type="checkbox"/> ສາມາຟິສັນ | <input type="checkbox"/> ລ່ວດລົມອັກເສນເວົ້ວງ | |
| <input type="checkbox"/> ໂຮຄໄກຮອຍຕີ | <input type="checkbox"/> ໂຮຄຂ້ອອັກເສນ | <input type="checkbox"/> ກຸມືພັ້ນ | <input type="checkbox"/> ປວດຕີຮະໄມເກຣນ | |
| <input type="checkbox"/> ໂຮຄປອດອຸດກັນເວົ້ວງ | <input type="checkbox"/> ໂຮຄໜັງແຈ້ງ | <input type="checkbox"/> ກຣດໄທລໍຍ້ອນ | <input type="checkbox"/> ກະຊຸກສັນຫຼັກເຄື່ອນ | |
| <input type="checkbox"/> ໂຮຄຖຸລົມປົ່ງພອງ | <input type="checkbox"/> ໂຮຄຕ່ອມນ້ຳເໜືອງໂຕ | <input type="checkbox"/> ນິວ | <input type="checkbox"/> ທ່ມອນຮອງກະຊຸກຄລືອນຫົວໜ່ວຍ | |
| <input type="checkbox"/> ກວະຫຸດຫາຍ່າໃຈນະຫັນ | <input type="checkbox"/> ເນື່ອກຝ ກ້ອນຫົວໜ່ວຍ | <input type="checkbox"/> ວິດສີຕົວທວາຮ | <input type="checkbox"/> ເສັ້ນເອັນອັກເສນເວົ້ວງ | |
| <input type="checkbox"/> ໂຮຄເສັ້ນເລືອດຫ້ວໃຈຕົບ | <input type="checkbox"/> ໂຮຄກາມໂໂຄ (ກາຍໃນ 2 ປີ) | <input type="checkbox"/> ຜິດັນຫຼຸດ | <input type="checkbox"/> ເສັ້ນປະກາຫາອັກເສນຫົວໜ່ວຍ | |
| <input type="checkbox"/> ໂຮຄພິຍສຸງເວົ້ວງ | <input type="checkbox"/> ດາວັນເຊີນໂຕຮມ | <input type="checkbox"/> ຂັ້ນເສື່ອນ | <input type="checkbox"/> ເຢືນບູພຽງມຈຸລູກເຈົ້າຢູ່ປິດທີ່ | |

16.๑) รายละเอียดของข้อ 16.๑) และ 16.๑)

โรค	วัน / เดือน / ปี ที่รักษา	การรักษา และอาการบั้งค้าง	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

17. ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่ ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี

หาก เคยมี หรือกำลังมี กรุณาทำเครื่องหมาย และให้ระบุอาการและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | | | | |
|---|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> การมองเห็น庇ดปกติ | <input type="checkbox"/> ມີພັນນາກາຮັ້າ | <input type="checkbox"/> ແໜ້ຍອຍ່າຍີດປົກຕິ | <input type="checkbox"/> ປວດທ່ອງເວົ້ວງ | <input type="checkbox"/> ອາເຈິຍນຫົວໜ່ວຍເປັນເລື້ອດ |
| <input type="checkbox"/> ກລັມເນື້ອອ່ອນແຮງ | <input type="checkbox"/> ປວດຕີຮະຮຸນແຮງເວົ້ວງ | <input type="checkbox"/> ເຈັບຫົວໜ່ວຍແນ່ນໜ້າອັກ | <input type="checkbox"/> ທ້ອມມານ | <input type="checkbox"/> ທ້ອງເສີຍເວົ້ວງ |
| <input type="checkbox"/> ການເຄື່ອນໄຫວຂອງຮ່າງກາຍ庇ດປົກຕິ | <input type="checkbox"/> ໄອເວົ້ວງ | <input type="checkbox"/> ໄຈສິ່ນ | <input type="checkbox"/> ມີລືດປັນໃນປັສສາວະ | <input type="checkbox"/> ປວດຂ້ອເວົ້ວງ |
| <input type="checkbox"/> ຮ່າງກາຍສູງເສີຍປະສາຫວັນຄວາມຮູ້ສຶກ | <input type="checkbox"/> ໄອເປັນເລືອດ | <input type="checkbox"/> ຈຳເລືອດ | <input type="checkbox"/> ເຄີພາຍາກໍາຮ່າຍຮ່າງກາຍດນເອງ | |

เฉพาะสตรี ກຳລັງຕົງຮຽນ ເດືອນ ໂຮຄແກຮ້ອນໃນການຕັ້ງຮຽນແລະຄວດບຸດ ເລື່ອດອກຜິດປົກຕິກາງໜ້ອຍຄລອດ

อาการและอาการรักษา	วัน / เดือน / ปี ที่เริ่ມมีอาการ	อาการบั้งค้าง

18. กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติมของผู้ขอເອົາປະກັນກັບ

ส่วนที่ 4 คำถามເກີ່ຍວັນຂໍ້ມູນລົດສ່ວນນຸ້ມຄລອຂອງ ຜູ້ຂໍ້ມູນເນື້ອປະກັນກັບ ສໍາຫຼັບຜູ້ຂໍ້ມູນເອົາປະກັນກັບທີ່ໄມ້ໄດ້ຂໍ້ມູນເບີ່ນດ້ວຍຕົນເອງ

หรือຜູ້ຂໍ້ມູນເອົາປະກັນກັບຍາຍຸຕ່າງກວ່າ 16 ປີ (กรณีຜູ້ຂໍ້ມູນເອົາປະກັນກັບຍາຍຸຕ່າງກວ່າ 16 ປີ ຜູ້ຂໍ້ມູນເນື້ອປະກັນກັບ ອື່ນໆ ດີຍ້ອນຫຼັມຫົວໜ່ວຍທີ່ຂໍ້ມູນໄດ້ຮັບຮັບຮົມຫົວໜ່ວຍທີ່ຂໍ້ມູນໄດ້ຮັບຮັບຮົມຫົວໜ່ວຍ)

19.ชื่อและนามສຸກລຸ

ชื่อและนามສຸກລຸເດີມ.

ເພດ ຂາຍ ທຸກິງ ເກີດວັນທີ _____ ເດືອນ _____ พ.ศ. _____ ອາຍຸ _____ ປີ ສັນຫະດີ

ເລີນປະຈຳຕົວປະຈາບຸ ------ ດວຍຕົວປະຈຳຕົວປະຈາບຸ

ເອກສາກົນທີ່ໃຊ້ແສດງດນ ບັດປະຈຳຕົວປະຈາບຸ ວັນບັດຮມດ້າຍ

ຜັນສື່ອເດີນກາງ ເລີນທີ່ _____ ວັນໜໍມດ້າຍ

ສຕານກາພ ໂສດ ສມຮສ ມ້າຍ ພຍາ

ຊື່ແລະນາມສຸກລຸ ກະລຸນາ / ສາມື ເລີນປະຈຳຕົວປະຈາບຸ -----

20.ก) ທ່ອຍຸປັງຈຸງບັນ

ແຂວງ/ຕຳນະລຸ ເຊີຕ/ອໍາເກວອ ຈັງຫວັດ ຮຫສໍາປະນະເີຍ

ຂ) ທ່ອຍຸຕາມທະເບີນບັນ

ແຂວງ/ຕຳນະລຸ ເຊີຕ/ອໍາເກວອ ຈັງຫວັດ ຮຫສໍາປະນະເີຍ

ຄ) ສຕານທີ່ທຳການ

ແຂວງ/ຕຳນະລຸ ເຊີຕ/ອໍາເກວອ ຈັງຫວັດ ຮຫສໍາປະນະເີຍ

ງ) ໂຮຄສັບພົບບັນ

ໂຮກສັບພົບມືອດືອ ໂຮຄສັບພົບທີ່ທຳການ ອື່ມໍລ

21.ກ) ອາຊີພປະຈຳ

ຕຳແໜ່ງ ລັກຂະແໜ່ງ

ລັກຂະແໜ່ງຫຼັກຈິງ ຮ່າງໄດ້ຕ່ອງປີ ບາກ

ຂ) ອາຊີພອື່ນໆ (ສາມື)

ຕຳແໜ່ງ ລັກຂະແໜ່ງທີ່ກຳ ຮ່າງໄດ້ຕ່ອງປີ ບາກ

ລັກຂະແໜ່ງຫຼັກຈິງ ທ່ານໃຫ້ຮັດຈັກຍານຍັນຕື່ນໃກ່າຍການທຳການຫົວໜ່ວຍ ໄນໃຊ້ ໃຊ້

ສຕານທີ່ປົກປົງບິດຈານ ຈັງຫວັດ ປະເທດ ທ່ານໃຫ້ຮັດຈັກຍານຍັນຕື່ນໃກ່າຍການທຳການຫົວໜ່ວຍ ໄນໃຊ້ ໃຊ້

ส่วนที่ 5 คำตามเกี่ยวกับ ผู้ชำรุดเบี้ยงประกันภัยกรณีชื้อสัญญาเพิ่มเติมผู้ชำรุดเบี้ยง

22. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพื่อตัวรabe้ยประกันภัย เป็นลี่นแปลงเงื่อนไขสำหรับการขอประกันภัยหรือการขอผลคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทที่หรือบริษัทอื่นหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้า เคย โปรดระบุรายละเอียด ชื่อบริษัท _____ สาเหตุ _____ เมื่อ _____																								
23. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย																								
24. ท่านแพสฟหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่แพสฟ/ไม่เคย <input type="checkbox"/> เสพ/เคยเสพ ชนิด _____ ปริมาณ _____ ความถี่ _____ ครั้ง/สัปดาห์ เสพมานาน _____ ปี /เลิกเสพเมื่อ _____																								
25. ท่านเดิมหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอลล์เป็นประจำหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ดื่ม/ไม่เคย <input type="checkbox"/> ดื่ม/เคยดื่ม ชนิด _____ ปริมาณ _____ ขาด/ครั้ง ความถี่ _____ ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน _____ ปี /เลิกดื่มเมื่อ _____																								
26. ท่านสูบหรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่สูบ/ไม่เคย <input type="checkbox"/> สูบ/เคยสูบ ปริมาณ _____ วน/วัน สูบมานาน _____ ปี / เลิกสูบเมื่อ _____																								
27. ส่วนสูง _____ ซ.ม. น้ำหนัก _____ ก.ก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เปลี่ยน <input type="checkbox"/> เปลี่ยน เพิ่มขึ้น _____ ก.ก. ลดลง _____ ก.ก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง																								
28. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือดังข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำตามนี้หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้า เคย กรุณาทำเครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/> และระบุรายละเอียด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)																								
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> โรคหอบหืด</td> <td><input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง</td> <td><input type="checkbox"/> โรคเลือด</td> <td><input type="checkbox"/> โรคซัก</td> <td><input type="checkbox"/> โรคตับหรือทางเดินน้ำดี</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> โรควัณโรค</td> <td><input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดในสมอง</td> <td><input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือด</td> <td><input type="checkbox"/> โรคไต</td> <td><input type="checkbox"/> โรคเอดส์ (HIV) หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> โรคหัวใจ</td> <td><input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน</td> <td><input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง</td> <td><input type="checkbox"/> โรคจิต</td> <td><input type="checkbox"/> โรคเก้า๊ก</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> โรคปอดหรือปอดอักเสบ</td> <td><input type="checkbox"/> โรคอสแอลกี</td> <td><input type="checkbox"/> พิการทางร่างกาย</td> <td><input type="checkbox"/> โรคพาร์กินสัน</td> <td><input type="checkbox"/> โรคอัมพฤกษ์หรืออัมพาต</td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> โรคหอบหืด	<input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> โรคเลือด	<input type="checkbox"/> โรคซัก	<input type="checkbox"/> โรคตับหรือทางเดินน้ำดี	<input type="checkbox"/> โรควัณโรค	<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดในสมอง	<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือด	<input type="checkbox"/> โรคไต	<input type="checkbox"/> โรคเอดส์ (HIV) หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง	<input type="checkbox"/> โรคจิต	<input type="checkbox"/> โรคเก้า๊ก	<input type="checkbox"/> โรคปอดหรือปอดอักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคอสแอลกี	<input type="checkbox"/> พิการทางร่างกาย	<input type="checkbox"/> โรคพาร์กินสัน	<input type="checkbox"/> โรคอัมพฤกษ์หรืออัมพาต
<input type="checkbox"/> โรคหอบหืด	<input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> โรคเลือด	<input type="checkbox"/> โรคซัก	<input type="checkbox"/> โรคตับหรือทางเดินน้ำดี																				
<input type="checkbox"/> โรควัณโรค	<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดในสมอง	<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือด	<input type="checkbox"/> โรคไต	<input type="checkbox"/> โรคเอดส์ (HIV) หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง																				
<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง	<input type="checkbox"/> โรคจิต	<input type="checkbox"/> โรคเก้า๊ก																				
<input type="checkbox"/> โรคปอดหรือปอดอักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคอสแอลกี	<input type="checkbox"/> พิการทางร่างกาย	<input type="checkbox"/> โรคพาร์กินสัน	<input type="checkbox"/> โรคอัมพฤกษ์หรืออัมพาต																				
โรค	วัน / เดือน / ปี ที่รักษา	การรักษา และอาการปัจจุบัน		สถานพยาบาลที่รักษา ^(หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)																				

29. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือดหรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่น ๆ หรือไม่ ไม่เคย เคย โปรดระบุรายละเอียด

ตรวจอะไร	เมื่อใด	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจ	ข้อสังเกตโดยแพทย์

ส่วนที่ 6 การรับรองสถานะ และคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) ของประเทศไทย ห้ามรับรองเมริกาของผู้ขอเอาประกันภัย และผู้ชำรุดเบี้ยงประกันภัย (ตามส่วนที่ 4)

1. การรับรองสถานะ

ก. ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสัญชาติเมริกัน หรือ มีสถานที่เกิดในประเทศไทยหรืออเมริกา หรืออื่นใดที่เป็นของสหรัฐอเมริกาและยังไม่ได้สละความเป็นพลเมืองเมริกันอย่างสมบูรณ์ตามกฎหมาย หรือ มีกรีนการ์ด (Green Card) ของประเทศไทยที่ยังไม่สิ้นผลบังคับ หรือ มีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทยหรือเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศไทย หรือ มีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของสหรัฐอเมริกา หรือไม่

ผู้ขอเอาประกันภัย ไม่เป็น เป็น

ผู้ชำรุดเบี้ยงประกันภัย (ตามส่วนที่ 4) ไม่เป็น เป็น

ข. ข้าพเจ้ามีที่อยู่เพื่อการติดต่อนในประเทศไทยหรือเมริกา หรือมีการมอน darm ในการลงลายมือชื่อแก่บุคคลที่อยู่ในประเทศไทย หรือไม่

ผู้ขอเอาประกันภัย ไม่มี มี

ผู้ชำรุดเบี้ยงประกันภัย (ตามส่วนที่ 4) ไม่มี มี

2. คำยินยอมและตกลง

ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (บริษัท) อาจมีข้อมูลพื้นหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA ในการนี้ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทห้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งกับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศไทย ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิ์กับบริษัทปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิ์หักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล บริษัทจะต้องส่งหนังสือบอกกล่าวให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสาร หรือหลักฐานใดๆ หรือให้ท่านนั้นสืบยืนยันต่อบริษัทก่อนว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศไทยหรือเมืองไทยภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว หากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกร่างหน้า บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิ์หักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้

ทั้งนี้ การส่งหนังสือบอกกล่าว หรือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิ์หักภาษี ณ ที่จ่ายดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่อยู่ที่ข้าพเจ้าได้แจ้งให้บริษัททราบ

ส่วนที่ 7 การแจ้งความประสงค์ในการใช้สิทธิ์ของเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรของ ผู้ขออาภาร์ประกันภัย

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ที่วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด

หากผู้ขออาภาร์เป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากการสรรพากร เลขที่

ข้าพเจ้าไม่มีความประสงค์

ส่วนที่ 8 ข้อความยืนยันถ้อยแกลงหรือคำตอบในใบคำขออาภาร์ชีวิตของผู้ขออาภาร์ และ ผู้ช่วยเบี้ยประกันภัย

ข้าพเจ้าผู้กระทำในฐานะ ผู้ขออาภาร์ ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เยาว์ที่ขออาภาร์ประกันภัย

การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้ายืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขออาภาร์ชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแกลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ดูแลรักษาพยาบาล เป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าหากข้าพเจ้าไม่แจ้งข้อความจริง บริษัทอาจปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์

2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นได้ ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าและผู้เยาว์ ที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้น ต่อไปในอนาคต เปิดเผยข้อมูลเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขออาภาร์ภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้

3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อมูลเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าและผู้เยาว์ต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือองค์กรหรือบุคคลอื่นหรือหน่วยงานของรัฐ เพื่อการขออาภาร์ภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้

4. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อมูลเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าและผู้เยาว์ต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยและหน่วยงานของรัฐ เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

• กรณีที่ข้าพเจ้าเลือกรับเงินคืนตามสัญญาโดยการโอนเข้าบัญชีธนาคารหรือโอนผ่านพร้อมเพย์ ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทและธนาคารที่ข้าพเจ้าได้แจ้ง ความจำเป็นของรับบริการ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าเพื่อประโยชน์ในการยืนยันตัวตนและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลของข้าพเจ้า และเพื่อให้บริษัทโอนเงินคืนตามสัญญาตามจำนวนและระยะเวลาที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ เน้าบัญชีธนาคารหรือบัญชีพร้อมเพย์ของข้าพเจ้า

• ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ และใช้ข้อมูลหมายเลขอปกรณ์และอีเมลของข้าพเจ้าตามที่ระบุไว้เพื่อการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับการขออาภาร์ชีวิตและกรมธรรม์ของข้าพเจ้าต่อไป

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญาผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเงินเดือนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระมาแล้ว

2. ก่อนลงลายมือชื่อ กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

เขียนที่
(ลงชื่อ)

วันที่ เดือน พ.ศ.

.....
(ลงชื่อ)

(.....)

(.....)

พยาน / นายหน้าประกันชีวิต/ ตัวแทนประกันชีวิต

ผู้ขออาภาร์ประกันภัย

(ลงชื่อ)

(ลงชื่อ)

(.....)

(.....)

พยาน

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

บิดา / มารดา
 ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครอง
ของผู้ขออาภาร์ประกันภัย
(กรณีผู้ขออาภาร์ภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

กรณีผู้ขออาภาร์ภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะให้บิดาหรือมารดาหรือผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ใช้อำนาจปกครองเป็นผู้ลงลายมือชื่อทำการแทน

หรือให้ความยินยอมในการเสนอขออาภาร์ประกันภัย