



บริษัท เอ็ฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

ชั้น 28 อาคารสินธร ทาวเวอร์ 3 เลขที่ 130-132 ถนนวิฑู แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0 2632 6000 www.fwd.co.th เลขทะเบียนบริษัท 0107555000546

ใบแถลงสุขภาพกับแพทย์ของผู้ขอเอาประกันภัย

แนบกับใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่..... รหัส.....
ตัวแทน/นายหน้า..... รหัส.....

1. ชื่อ-นามสกุลผู้ขอเอาประกันภัย..... เลขประจำตัวประชาชน.....
เพศ ชาย หญิง วันเดือนปีเกิด..... อายุ..... ปี ----

2. ก) ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ โรงพยาบาล หรือคลินิกที่ท่านใช้บริการเป็นประจำ ไม่มี มี.....
ข) วันที่ที่ท่านได้พบและปรึกษาแพทย์ครั้งสุดท้าย / สาเหตุที่พบ และผลการรักษา.....

3. ส่วนสูง.....ซ.ม. น้ำหนัก.....ก.ก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนัก ไม่เปลี่ยนแปลง เพิ่มขึ้น.....ก.ก. ลดลง.....ก.ก. สาเหตุ.....

4. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือได้รับการรักษา หรือตั้งข้อสงสัยโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่ ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี

- ก) สายตาพิการ โรคจอประสาทตา โรคต้อหิน ตัดเชื้อในหูชั้นกลาง ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง ไชน์สอกเสบ ภูมิแพ้
- ข) ปวดศีรษะไมเกรน โรคหลอดเลือดในสมอง โรคอัมพฤกษ์ /โรคอัมพาต โรคพาร์กินสัน โรคความจำเสื่อม โรคชัก
- ค) หลอดลมอักเสบเรื้อรัง โรคปอดหรือปอดอักเสบ โรควัณโรค โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง
- ง) ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ โรคหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคเลือด โรคหนังแข็ง โรคเอสแอลอี
- จ) กรดไหลย้อน โรคแผลในทางเดินอาหาร นิ้ว ถูงน้ำดีอักเสบ โรคตับหรือทางเดินน้ำดี โรคพิษสุราเรื้อรัง ดีซ่าน ม้ามโต โรคตับอ่อนอักเสบ โรคไต ไส้เลื่อน ริดสีดวงทวาร ฝีคันทสูตร
- ฉ) โรคข้ออักเสบ โรคเก๊าท์ ข้อเสื่อม เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง กระดูกสันหลังเคลื่อน หมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท เส้นประสาทอักเสบหรือถูกเบียดทับ พิการทางร่างกาย
- ช) เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ เยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่ โรคมะเร็ง โรคต่อมน้ำเหลืองโต
- ซ) โรคจิต โรคประสาท โรคซึมเศร้า ออทิสติก สมาธิสั้น ดาวน์ซินโดรม
- ฅ) โรคเอดส์ (HIV)หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคกามโรค (ภายใน 2 ปี)

หาก เคย/มี ให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา	การรักษา และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา

5. ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่ ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี/กำลังมี

- ก) กล้ามเนื้ออ่อนแรง การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ ปวดข้อเรื้อรัง ร่างกายสูญเสียประสิทธิภาพความรู้สึก
- ข) ไอเรื้อรัง ไอเป็นเลือด เหนื่อยง่ายผิดปกติ เจ็บหรือแน่นหน้าอก ใจสั่น จำเลือด
- ค) คลำพบก้อนเนื้อ ปวดท้องเรื้อรัง อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด ท้องมาน ท้องเสียเรื้อรัง มีเลือดปนในปัสสาวะ
- ง) การมองเห็นผิดปกติ ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง มีพัฒนาการช้า เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง
- จ) ในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา มีอาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลด ท้องเดินเรื้อรัง ไข้เรื้อรัง โรคผิวหนังเรื้อรัง

6. เฉพาะสตรี ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่

หาก เคยมีหรือกำลังมีกรณีระบุ กำลังตั้งครรภ์.....เดือน โรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์และคลอดบุตร เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด

หาก ข้อ 5 และ 6 เคยมี หรือกำลังมี ให้ระบุอาการและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง

อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มมีอาการ	อาการปัจจุบัน

7. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ

- ก) การตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่ ไม่เคย เคย ถ้า เคย โปรดระบุรายละเอียด
- ข) การบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาล ที่มีได้รับไว้ข้างต้น ไม่เคย เคย ถ้า เคย โปรดระบุรายละเอียด

อาการ /การตรวจ	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการรักษา	สถานพยาบาล	ผลการรักษา /ผลการตรวจ

ข้อความยืนยันถ้อยแถลงกับแพทย์ของผู้ขอเอาประกันภัย
การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้ายืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบแถลงสุขภาพนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าหากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทรวมทั้งบุคคลหรือนิติบุคคลที่ได้รับมอบหมายจากบริษัท ดำเนินการตรวจปัสสาวะ และ/หรือตรวจเลือด และ/หรือการตรวจอื่นๆ เพื่อนำผลมาใช้ประกอบการพิจารณารับประกันภัยตามใบคำขอเอาประกันชีวิตที่ยื่นหรือที่จะยื่นต่อบริษัท

วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ลงชื่อ.....ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจ ลงชื่อ.....พยาน
() ()
ประทับตราโรงพยาบาล ()

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย
ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อการปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865





บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

ชั้น 28 อาคารสินธร ทาวเวอร์ 3 เลขที่ 130-132 ถนนวิทญู แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทร. 0 2632 6000 www.fwd.co.th เลขทะเบียนบริษัท 0107555000546

ใบรายงานการตรวจสุขภาพโดยแพทย์แต่งตั้งของบริษัท

ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย..... เลขประจำตัวประชาชน <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>					
Height (in low shoes)	Weight (without coat)	Chest (force inspiration)	Chest (force expiration)	Abdomen (at umbilicus)	DETAILS of "Yes" answers. (Identify item)
1. The applicant appears : <input type="checkbox"/> Healthy <input type="checkbox"/> Unhealthy <input type="checkbox"/> Older than stated age					
2. (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)?					Yes/No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Do you find any evidence of past or present disease 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, hernias, mass)? (f) Genito-urinary system? (g) Skin, bones or joints (including varicose veins, deformities, lameness, amputations, surgical scar)? (h) Central or peripheral nervous system (including reflexes, gait, paralysis)?					Yes/No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Heart : Apex beat located in..... intercostal space.....inches to the left of MIDSTERNAL line. Is there any Grade (on scale of 1 to 6)? (a) Hypertrophy or edema? Arteriosclerosis or aneurysm? (b) Murmur- (If murmur is present, describe below) Location : <input type="checkbox"/> apex <input type="checkbox"/> base <input type="checkbox"/> over.....area Timing : <input type="checkbox"/> systolic <input type="checkbox"/> diastolic <input type="checkbox"/> presystolic Transmission : <input type="checkbox"/> none <input type="checkbox"/> axilla <input type="checkbox"/> scapula After exercise : <input type="checkbox"/> absent <input type="checkbox"/> decreased <input type="checkbox"/> unchanged <input type="checkbox"/> increased Diagnosis : Do you suspect any abnormality in the heart or vascular system?					Yes/No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Blood Pressure (If over 140 systolic or 90 diastolic or with history of hypertension record 3 reading)					
Systolic		<input style="width:40px;" type="text"/>	<input style="width:40px;" type="text"/>	<input style="width:40px;" type="text"/>	
Diastolic		<input style="width:40px;" type="text"/>	<input style="width:40px;" type="text"/>	<input style="width:40px;" type="text"/>	
(5 th phase)		<input style="width:40px;" type="text"/>	<input style="width:40px;" type="text"/>	<input style="width:40px;" type="text"/>	
6. Pulse					
At Rest		After Exercise		3 Minutes Later	
Rate Per Minute		<input style="width:40px;" type="text"/>	<input style="width:40px;" type="text"/>	<input style="width:40px;" type="text"/>	
Irregularities		<input style="width:40px;" type="text"/>	<input style="width:40px;" type="text"/>	<input style="width:40px;" type="text"/>	
Exercise only if irregular pulse, heart murmur, BP over 150/100 or pulse < 60 per minute					
7. Urinalysis : If blood was detected in female client, please indicate LMP. Send specimen to laboratory for microscopic urinalysis if : (a) Blood pressure is over 140/90. (b) Albumin, blood or sugar is present. (c) There are any findings or history of urinary disease. (d) Applicant is diabetic or under treatment for high blood pressure (e) Family history of diabetes.			Albumin	Sugar	Blood
8. Do you find or suspect any signs or symptoms related to HIV infection or 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.					Yes/No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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?					Yes/No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

I hereby certify that I have made this examination in private at.....

On this..... day of.....20..... at.....A.M./P.M.



Signature..... M.D.
()

Code No.



Medical Examiner
กรุณาเซ็นชื่อกำกับตรงที่มีการแก้ไข ชิดมา ขุดลบข้อความ