

บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

เลขที่ 6 อาคารไอเอสทาวเวอร์ ชั้น 4, 22-23 ซอยสุขุมวิท 6
แขวงคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร 10110
ศูนย์บริการลูกค้าเอฟดับบลิวดี โทร. 1351 เลขทะเบียนบริษัท 0107563000304
fwd.co.th



แบบสอบถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับคำถามสุขภาพจิต

วันที่.....	ชื่อเจ้าหน้าที่ธนาคาร / ชื่อตัวแทน (ผู้รับเรื่อง).....
เลขที่กรมธรรม์.....	สาขานาการ / สำนักงานตัวแทน (สังกัด).....
ชื่อผู้เอาประกันภัย.....	หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อ.....
หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก (โปรดระบุ).....	รหัสตัวแทน / นายหน้า
อีเมล (โปรดระบุ).....	เปลี่ยนแปลง <input type="checkbox"/> ก่อน ออกกรมธรรม์ <input type="checkbox"/> หลัง ออกกรมธรรม์

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้เอาประกันภัย (กรณีที่ขอเพิ่มบันทึกสลักหลังขยายความคุ้มครองการรักษาพยาบาลด้านจิตเวชเท่านั้น)		
1. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือเคยมีอาการที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตดังต่อไปนี้หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย
<input type="checkbox"/> โรควิตกกังวล หรือกลุ่มอาการกังวลเนื่องจากความกลัว รวมถึงภาวะวิตกกังวลทั่วไป ภาวะวิตกกังวลเมื่อต้องปรับตัวหลังการสูญเสีย ภาวะตื่นตระหนก		
<input type="checkbox"/> โรคจิตเภท หรือโรคจิตอื่นๆ		
<input type="checkbox"/> กลุ่มโรคซึมเศร้า รวมถึงโรคซึมเศร้า (Major Depression) ภาวะซึมเศร้าเรื้อรัง ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด		
<input type="checkbox"/> โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar disorder หรือ Manic-Depressive illness)		
<input type="checkbox"/> การติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือสารเสพติดอื่นๆ		
<input type="checkbox"/> โรคเครียดหลังผ่านเหตุการณ์ร้ายแรง (PTSD – Post-traumatic stress disorder)		
<input type="checkbox"/> โรคสมาธิสั้น หรือโรคออทิสติก		
<input type="checkbox"/> กลุ่มอาการผิดปกติของพฤติกรรมการกิน รวมถึงโรคอะนอร์เร็กเซีย (Anorexia Nervosa) โรคนิวลิเมีย (Bulimia)		
<input type="checkbox"/> บุคลิกภาพแปรปรวน (Personality disorder)		
<input type="checkbox"/> โรคย้ำคิดย้ำทำ		
<input type="checkbox"/> โรคพาร์กินสัน โรคอัลไซเมอร์ หรือภาวะสมองเสื่อมอื่นๆ		
<input type="checkbox"/> โรคจิตเวชอื่น หรือภาวะผิดปกติทางจิตอื่นที่ไม่ได้ระบุไว้ข้างต้น		
2. ท่านเคยได้รับยาเพื่อรักษาโรค หรืออาการทางจิตเวช หรือเคยได้รับการบำบัดรักษาเกี่ยวกับสุขภาพจิต ทั้งนี้รวมถึงการได้รับยารักษาอาการทางจิต ยารักษาโรคซึมเศร้า ยาคลายกังวล ยาสมุนไพรแผนโบราณ และแผนปัจจุบัน หรือการบำบัดอาการทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย
3. ท่านเคยได้รับคำปรึกษา หรือการบำบัดเรื่องการติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือการติดยาด้วยการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) หรือการบำบัดแบบกลุ่ม หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย
4. ท่านเคยมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย เคยพยายามฆ่าตัวตาย เคยพยายามทำร้ายตัวเอง หรือเคยกินยาเกินขนาด หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย
5. ท่านเคยมีอาการด้านสุขภาพจิต จนส่งผลให้เกิดเหตุการณ์ต่อไปนี้ หรือไม่ ก. ต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล หรือจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน ข. ต้องหยุดงานต่อเนื่องอย่างน้อย 3 วัน	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> เคย
6. ท่านเคยปรึกษานักจิตวิทยา จิตแพทย์ นักจิตบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ หรือแพทย์ทั่วไป เกี่ยวกับอาการทางสุขภาพจิตหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย

ส่วนที่ 2 ข้อความยืนยันถ้อยแถลง หรือคำตอบในแบบสอบถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้เอาประกันภัย และ/หรือ ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีข้อสัญญาเพิ่มเติมการคุ้มครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัย) / ผู้แทนโดยชอบธรรม และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในแบบสอบถามเพิ่มเติมนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
2. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
3. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
4. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
5. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน www.fwd.co.th รวมถึงรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
 - (1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัท และจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
 - (2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
 - (3) ข้าพเจ้ารับรอง และรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว www.fwd.co.th ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแล และส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิต และกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับ และส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
 - (4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัท และสำนักงานคณะกรรมการกำกับ และส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงานคณะกรรมการกำกับ และส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

เขียนที่วันที่ เดือน พ.ศ.
ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

(ลงชื่อ)
(.....)
ผู้เอาประกันภัย
(กรุณาลงลายมือชื่อให้เหมือนกับที่ให้ไว้กับบริษัทฯ) ที่เอาประกันภัย

(ลงชื่อ)
(.....)
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย / ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม /
ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เอาประกันภัย
**(กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

หมายเหตุ: บริษัทฯ จะดำเนินการเมื่อได้รับคำร้องที่มีข้อมูลครบถ้วน พร้อมลงลายมือชื่อโดยผู้เอาประกันภัย (ตัวจริง) พร้อมทั้งเอกสารประกอบการพิจารณา และเบี้ยประกันภัย (ถ้ามี) ครบถ้วนเรียบร้อยแล้ว