

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 ไม่เปลี่ยน เพิ่มขึ้น..... ก.ก. ลดลง..... ก.ก. สาเหตุ.....

4. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

	ไม่เคย/ไม่มี	เคย/มี
ก) สายตาพิการ โรคจอประสาทตา โรคต้อหิน ตัดเชื้ในหูชั้นกลาง ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง ไชนิสอักเสบ ภูมิแพ้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ข) ปวดศีรษะไมเกรน โรคหลอดเลือดในสมอง โรคอัมพฤกษ์ /โรคอัมพาต โรคพาร์กินสัน โรคความจำเสื่อม โรคชัก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ค) หลอดลมอักเสบเรื้อรัง โรคปอดหรือปอดอักเสบ โรควัณโรค โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ง) ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ โรคหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคไทรอยด์ โรคเลือด โรคหนังแข็ง โรคเอสแอลอี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
จ) กรดไหลย้อน โรคแผลในทางเดินอาหาร นิ้ว ลุงน้ำดีอักเสบ โรคตับหรือทางเดินน้ำดี โรคพิษสุราเรื้อรัง ดีซ่าน น้ามไต โรคตับอ่อนอักเสบ โรคไต ไข่เลื่อน ริดสีดวงทวาร ฝัคนทสุดร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ฉ) โรคข้ออักเสบ โรคเก๊าท์ ข้อเสื่อม เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง กระดูกสันหลังเคลื่อน หมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท เส้นประสาทอักเสบหรือถูกเบียดทับ พิกการทางร่างกาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ช) เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ เยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่ โรคมะเร็ง โรคต่อมน้ำเหลืองโต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ซ) โรคจิต โรคประสาท โรคซึมเศร้า ออกัสติก สมาริสัน ตาวนิซินโดรม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ฌ) โรคเอดส์ (HIV) หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคกามโรค (ภายใน 2 ปี)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

หาก **เคย/มี** ให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา	การรักษา และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา

5. ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่

	ไม่เคย/ไม่มี	เคยมี/กำลังมี
ก) กล้ามเนื้ออ่อนแรง การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ ปวดข้อเรื้อรัง ร่างกายสูญเสียประสาทรับความรู้สึก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ข) ไอเรื้อรัง ไอเป็นเลือด เหนื่อยง่ายผิดปกติ เจ็บหรือแน่นหน้าอก ใจสั่น จำเือง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ค) คล้ำพบก้อนเนื้อ ปวดท้องเรื้อรัง อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด ท้องมาน ท้องเสียเรื้อรัง มีเลือดปนในปัสสาวะ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ง) การมองเห็นผิดปกติ ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง มีพัฒนาการช้า เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
จ) ในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา มีอาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลด ท้องเดินเรื้อรัง ใช้เรื้อรัง โรคผิวหนังเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. **เฉพาะสตรี** ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่
 หาก **เคยมีหรือกำลังมี** กรุณาระบุ กำลังตั้งครรภ์.....เดือน โรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์และคลอดบุตร เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด
 หาก ข้อ 5 และ 6 **เคยมี หรือกำลังมี** ให้ระบุอาการและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง

อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มมีอาการ	อาการปัจจุบัน

7. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ

	ไม่เคย	เคย
ก) การตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือดหรือ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่ ถ้า เคย โปรดระบุรายละเอียด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ข) การบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่ได้ระบุไว้ข้างต้น ถ้า เคย โปรดระบุรายละเอียด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

ข้อความยืนยันถ้อยแถลงกับแพทย์ของผู้ขอเอาประกันภัย การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบแถลงสุขภาพนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลง
ข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือ
ผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย
หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทรวมถึงบุคคลหรือนิติบุคคลที่ได้รับมอบหมายจากบริษัท ดำเนินการตรวจปัสสาวะ และ/หรือตรวจเลือด และ/หรือการตรวจอื่นๆ เพื่อนำผลมาใช้ประกอบ
การพิจารณารับประกันภัยตามใบคำขอเอาประกันชีวิตที่ยื่นหรือที่จะยื่นต่อบริษัท

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
 ลงชื่อ.....ผู้ขอเอาประกันภัย
 (.....)
 ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจ **ประทับตราโรงพยาบาล** ลงชื่อ.....พยาน
 (.....) (.....)

Name of applicant <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female				ID Card No. □-□□□□-□□□□□□-□□-□□									
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				Yes / No									
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)?				<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
4. Heart : Apex beat located in.....intercostal space.....inches to the left of MIDSTERNAL line. Murmur* (Supine Position) If murmur is present, describe below Grade (on scale of 1 to 6)..... 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 Sitting position : <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* <table border="1" style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Systolic</td> <td style="width: 50px;"></td> <td style="width: 50px;"></td> <td style="width: 50px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Diastolic</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> If over 140 systolic or 90 diastolic or with history of hypertension, record 3 readings.				Systolic				Diastolic					
Systolic													
Diastolic													
6. Pulse* <table border="1" style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Rate per minute</td> <td style="width: 100px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Irregularities</td> <td></td> </tr> </table>				Rate per minute		Irregularities							
Rate per minute													
Irregularities													
* EKG if Heart murmur, BP over 140/90, Irregular pulse or pulse rate < 60 or > 100 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 tract 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.....Date...../...../.....Time.....													
Signature.....M.D. Code/License No..... (.....)													