



คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

กรมธรรม์เลขที่

- ชื่อและนามสกุลของผู้เอาประกันภัย.....นามสกุลเดิม
- เกิดวันที่ เดือน พ.ศ..... อายุปี เพศ ชาย หญิง
- เอกสารที่ใช้แสดง บัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน อื่นๆ.....
- เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ลงวันที่ สถานที่
- โปรดกรอกข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่าน ดังนี้
- ส่วนสูง..... ซม. น้ำหนักกก.
- ท่านเคยถูกปฏิเสธหรือเลื่อนการพิจารณารับประกัน หรือเก็บเบี้ยประกันเพิ่มจากบริษัทนี้ หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่เคย เคย
- หากเคย โปรดแจ้งรายละเอียด

4. ท่านเคยเป็นหรือทราบว่าเป็นหรือเคยได้รับคำแนะนำ และ/ หรือรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่	ไม่เคย หรือ ไม่มี	เคย หรือ มี	โปรดแจ้งรายละเอียด ในการตรวจ การรักษา และอาการปัจจุบัน
4.1 โรคเกี่ยวกับตา หู จมูก หรือคอ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4.2 วิงเวียนศีรษะบ่อยๆ เป็นลม โรคลมบ้าหมู(ลมชัก) อัมพาต แขนขาอ่อนแรง โรคจิต โรคทางสมอง หรือ ระบบประสาทอย่างใดอย่างหนึ่ง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4.3 บ้วนเป็นเลือด วัณโรค โรคหืด หอบ โรคปอดอักเสบ หรือโรคใดโรคหนึ่งเกี่ยวกับปอด หรือระบบหายใจ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4.4 อาการเจ็บหน้าอก ความดันโลหิตสูง พราย้ำ โรคเลือด เส้นเลือด หรือโรคหัวใจ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4.5 อาการอาหารไม่ย่อยบ่อยๆ(ท้องอืด) แผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้ ไส้เลื่อน ริดสีดวงทวารหรือโรคใดๆ เกี่ยวกับ ตับ ถุงน้ำดี กระเพาะอาหารหรือลำไส้ ท้องมาน (มีน้ำในช่องท้อง) โรคในช่องท้อง ถ่ายเหลวเรื้อรังนานกว่า 1 สัปดาห์	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4.6 โรคไต นิ่ว กามโรค หรือโรคใดๆ เกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ หรือระบบขับถ่ายปัสสาวะ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4.7 โรคเบาหวาน คอพอก หรือโรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ (Endocrine)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4.8 โรคมะเร็ง เนื้องอก ตุ่มเนื้อหรืออวัยวะใดๆ ที่งอกขึ้นหรือโตขึ้นผิดปกติ ผิวหนังเป็นผื่น	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4.9 ไข้เรื้อรัง ไข้รูมาติก ข้ออักเสบ โรคเก๊าท์(Gout) หรือโรคใดๆ เกี่ยวกับกระดูกสันหลัง กระดูกข้อต่อ หรือกล้ามเนื้อ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4.10 มีความบกพร่องหรือพิการทางร่างกายหรือจิตใจ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

5. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจวินิจฉัย ดังต่อไปนี้หรือไม่

5.1 การตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น เอ็กซเรย์ การตรวจหัวใจด้วยเครื่องไฟฟ้า การส่งตรวจชิ้นเนื้อทางด้านพยาธิวิทยา การตรวจเลือด หรือการตรวจ
ด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่

- ไม่เคย เคย หากเคย กรุณาระบุสาเหตุการเข้ารับการตรวจ ผลการตรวจ วันเดือนปีที่ตรวจ และสถานที่ตรวจรักษา

5.2 การบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับการตรวจสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่มีได้ระบุไว้ข้างต้น

- ไม่เคย เคย หากเคย กรุณาระบุสาเหตุการเข้ารับการตรวจ ผลการตรวจ วันเดือนปีที่ตรวจ และสถานที่ตรวจรักษา

6. เฉพาะสตรี

ท่านเคยมีอาการผิดปกติ หรือเคยได้รับการตรวจ หรือได้รับคำแนะนำให้ทำการตรวจที่เต้านม หรือช่องคลอด มดลูก รังไข่ ท่อรังไข่ หรือแท้งบุตร หรือคลอดยาก หรือมีโรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ การคลอด หรือความผิดปกติเกี่ยวกับประจำเดือนหรือไม่

ไม่เคย เคย หากเคย กรุณาระบุ อาการ สถานที่ตรวจรักษา และอาการปัจจุบัน.....

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า

- 1. ถ้อยแถลงหรือคำตอบซึ่งข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นเป็นข้อเท็จจริงที่เป็นความจริง
- 2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล หรือองค์กรสถาบัน ที่ทำการรักษาข้าพเจ้าทั้งในอดีตและปัจจุบัน เปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติ การตรวจรักษาทั้งหมดของข้าพเจ้าแก่ บริษัท กรุงเทพประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย เพื่อนำผลมาใช้ประกอบการ พิจารณาค่าสินไหมทดแทน และ สำนวนภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้มีผลบังคับใช้ได้

ลงชื่อ ผู้ขอเอาประกันภัย
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ลงชื่อ พยาน ลงชื่อ พยาน
(.....) (.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

* เฉพาะกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่สามารถลงลายมือชื่อได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือหัวแม่มือขวา พร้อมทั้งลายมือพยานรับรอง 2 คน

หนังสือให้ความยินยอม

ในส่วนของข้อเท็จจริงอันเกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้า..... ยินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล หรือบุคคลใดๆ ซึ่งได้เคยตรวจรักษา หรือมีบันทึกการตรวจรักษาทั้งในอดีต และปัจจุบันเปิดเผยข้อเท็จจริงดังกล่าว ให้บริษัท กรุงเทพประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เพื่อการขอเอาประกันภัย อนึ่ง สำนวนภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามามีผลบังคับใช้ได้

ลงชื่อ
(.....)

แพทย์ผู้ให้การรักษา ชื่อ
สถานพยาบาลที่เข้ารับการตรวจรักษา
วัน เดือน ปี ที่เข้ารับการรักษารั้งแรก
หมายเลขประจำตัวคนไข้ (HN).....