

ส่วนที่ 3 รับรองสุขภาพแบบเต็ม (Long Form)

กรมธรรม์ผู้เยาว์ที่มีความคุ้มครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัยแบบอยู่ โปรดตอบคำถามในช่องผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วย

ผู้เอาประกันภัย	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
ชื่อ-นามสกุล.....อายุ.....ปี สถานภาพครอบครัว <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> หย่า <input type="checkbox"/> หม้าย	ชื่อ-นามสกุล.....อายุ.....ปี สถานภาพครอบครัว <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> หย่า <input type="checkbox"/> หม้าย
1. ก. อาชีพประจำ.....ตำแหน่ง..... ข. ชื่อ, ที่อยู่ ของนายจ้าง..... ลักษณะธุรกิจ..... ค. รายได้ต่อปี ประมาณ.....บาท	1. ก. อาชีพประจำ.....ตำแหน่ง..... ข. ชื่อ, ที่อยู่ ของนายจ้าง..... ลักษณะธุรกิจ..... ค. รายได้ต่อปี ประมาณ.....บาท
2. ก. ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ประจำตัวท่าน หรือโรงพยาบาลที่ใช้บริการประจำ ข. วันที่ที่ท่านได้พบและปรึกษาแพทย์ครั้งสุดท้าย..... สาเหตุที่พบและผล..... ค. ปัจจุบันท่านมีส่วนสูง.....ซ.ม. น้ำหนัก.....ก.ก. ง. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักของท่านเปลี่ยนแปลงมากกว่า 3 ก.ก. หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ เนื่องจาก.....	2. ก. ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ประจำตัวท่าน หรือโรงพยาบาลที่ใช้บริการประจำ ข. วันที่ที่ท่านได้พบและปรึกษาแพทย์ครั้งสุดท้าย..... สาเหตุที่พบและผล..... ค. ปัจจุบันท่านมีส่วนสูง.....ซ.ม. น้ำหนัก.....ก.ก. ง. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักของท่านเปลี่ยนแปลงมากกว่า 3 ก.ก. หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ เนื่องจาก.....
3. ก. บิดา มารดา คู่สมรส หรือ พี่น้องของท่านเคยเป็นเบาหวาน มะเร็ง โรคไต วัณโรค ความดันโลหิตสูง โรคโลหิตจาง ไชมันในเลือดสูง อัมพาต โรคหัวใจ โรคจิต โรคเอดส์หรือเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์ บ้างหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี โปรดระบุรายละเอียดด้านล่าง ความสัมพันธ์ โรคที่เป็น อายุเมื่อเริ่มต้นเป็น อายุปัจจุบัน(ปี)(ปี)(ปี)(ปี)(ปี)(ปี)	3. ก. บิดา มารดา คู่สมรส หรือ พี่น้องของท่านเคยเป็นเบาหวาน มะเร็ง โรคไต วัณโรค ความดันโลหิตสูง โรคโลหิตจาง ไชมันในเลือดสูง อัมพาต โรคหัวใจ โรคจิต โรคเอดส์หรือเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์ บ้างหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี โปรดระบุรายละเอียดด้านล่าง ความสัมพันธ์ โรคที่เป็น อายุเมื่อเริ่มต้นเป็น อายุปัจจุบัน(ปี)(ปี)(ปี)(ปี)(ปี)(ปี)
4. ก. ท่านสูบบุหรี่ หรือกลั้ว หรือซิการ์หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่สูบ <input type="checkbox"/> สูบ วันละมวน ถ้าสูบ โปรดระบุชนิดที่สูบ..... สูบเป็นเวลานาน.....ปี ถ้าเลิกสูบ เลิกสูบเมื่อไร..... สาเหตุของการเลิกสูบ..... ข. ท่านดื่มสุรา หรือสิ่งมีนเมาเป็นประจำ หรือเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับ โรคพิษสุราเรื้อรังหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้าดื่ม ชนิดของเครื่องดื่ม..... ปริมาณ.....ต่อครั้ง ในอดีตเคยดื่มมากกว่าปัจจุบันหรือไม่ <input type="checkbox"/> มากกว่า <input type="checkbox"/> เท่าเดิม <input type="checkbox"/> น้อยกว่า ปัจจุบันหยุดดื่มแล้วมานาน.....ปี สาเหตุของการหยุด..... ค. ท่านเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติดใด ๆ หรือยาประเภทมีนเมา หรือเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับยาเสพติดบ้างหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้าเคย โปรดระบุชนิดและจำนวน.....	4. ก. ท่านสูบบุหรี่ หรือกลั้ว หรือซิการ์หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่สูบ <input type="checkbox"/> สูบ วันละมวน ถ้าสูบ โปรดระบุชนิดที่สูบ..... สูบเป็นเวลานาน.....ปี ถ้าเลิกสูบ เลิกสูบเมื่อไร..... สาเหตุของการเลิกสูบ..... ข. ท่านดื่มสุรา หรือสิ่งมีนเมาเป็นประจำ หรือเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับ โรคพิษสุราเรื้อรังหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้าดื่ม ชนิดของเครื่องดื่ม..... ปริมาณ.....ต่อครั้ง ในอดีตเคยดื่มมากกว่าปัจจุบันหรือไม่ <input type="checkbox"/> มากกว่า <input type="checkbox"/> เท่าเดิม <input type="checkbox"/> น้อยกว่า ปัจจุบันหยุดดื่มแล้วมานาน.....ปี สาเหตุของการหยุด..... ค. ท่านเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติดใด ๆ หรือยาประเภทมีนเมา หรือเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับยาเสพติดบ้างหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้าเคย โปรดระบุชนิดและจำนวน.....

คำถาม (หากตอบว่า “เคย” โปรดระบุรายละเอียด)	ผู้เอาประกันภัย	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	รายละเอียด
<p>5. ท่านเคยเป็น หรือทราบว่าท่านเป็น หรือเคยได้รับคำแนะนำ และ/หรือ การรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่</p> <p>ก. โรคเกี่ยวกับตา หู จมูก หรือคอ</p> <p>ข. วังเวียนศีรษะบ่อย ๆ เป็นลม โรคลมบ้าหมู (ลมชัก) อัมพาต แขนขาอ่อนแรง โรคจิต โรคทางสมองหรือระบบประสาทอย่างใดอย่างหนึ่ง</p> <p>ค. บ้วนเป็นเลือด วัณโรค โรคหืด หอบ โรคปอดอักเสบ ไอเป็นอาเจียน โรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคใดโรคหนึ่ง เกี่ยวกับปอด หรือระบบหายใจ</p> <p>ง. อาการเจ็บหน้าอก หัวใจโต ลิ้นหัวใจรั่ว ความดันโลหิตสูง พรายย่อย โรคเลือด เส้นเลือดหรือโรคหัวใจ</p> <p>จ. อาการอาหารไม่ย่อยบ่อย ๆ (ท้องอืด) แผลในกระเพาะอาหาร หรือลำไส้ ไล่เลื่อน ริดสีดวงทวาร หรือโรคใด ๆ เกี่ยวกับตับ ถุงน้ำดี กระเพาะอาหารหรือลำไส้ ท้องมาน (มีน้ำในช่องท้อง) โรคนิ่วในช่องท้อง</p> <p>ฉ. โรคไต นิ้ว กามโรค หรือโรคใด ๆ เกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ หรือระบบขับถ่ายปัสสาวะ</p> <p>ช. โรคเบาหวาน คอพอก หรือโรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ (Endocrine)</p> <p>ซ. โรคเมเร็ง เนื้องอก ต่อมเนื้อ หรืออวัยวะใด ๆ ที่งอกขึ้น หรือโตขึ้นผิดปกติ</p> <p>ฅ. ไช้เรื้อรัง ไช้รูมาติก ข้ออักเสบ โรคเก๊าท์ (Gout) หรือโรคใด ๆ เกี่ยวกับกระดูกสันหลัง กระดูกข้อต่อหรือกล้ามเนื้อ</p> <p>ญ. มีความบกพร่อง หรือพิการทางร่างกายหรือจิตใจบ้างหรือไม่</p> <p>ฎ. ในระหว่าง 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยเป็น หรือได้รับคำแนะนำในการรักษา หรือมีอาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลด ท้องเดินเรื้อรัง ต่อมเหงื่อหรือมือเท้าเย็นหรือร้อน หรือโรคผิวหนังเรื้อรัง ซึ่งเป็นติดต่อกันนานเกินกว่า 1 สัปดาห์หรือไม่</p> <p>ฏ. ท่านเคยได้รับการตรวจเลือด เพื่อหาเชื้อกามโรค หรือเชื้อไวรัสโรคเอดส์หรือไม่</p>	<p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</p>	<p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>6. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ</p> <p>ก. การตรวจสุขภาพ หรือตรวจวินิจฉัยโรค ด้วยการตรวจเลือด ปัสสาวะ เอ็กซเรย์ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หรือการตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ (Biopsy) การตรวจด้วยเครื่องมืออัลตราซาวด์ หรือคอมพิวเตอร์ (CT SCAN) หรือไม่</p> <p>ข. การบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่มีได้ระบุไว้ข้างต้น</p> <p><u>(โปรดแจ้งหมายเลขบัตรประจำตัวคนไข้ และชื่อสถานพยาบาลที่ตรวจรักษา)</u></p>	<p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</p>	<p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>7. เฉพาะสตรี</p> <p>ก. ท่านกำลังตั้งครรภ์หรือไม่ ถ้าใช่ ขณะนี้กี่เดือน ท่านเคยได้รับคำแนะนำให้ตรวจภายใน ตรวจเต้านม เช่น เอ็กซเรย์เต้านม (Mammography) หรือตัดชิ้นเนื้อไปตรวจหรือไม่</p> <p>ข. ท่านเคยไปพบแพทย์ด้วยความผิดปกติที่เต้านม ช่องคลอด มดลูก รังไข่ ท่อรังไข่ อาการผิดปกติของประจำเดือน คลอดบุตรยาก มีอาการแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์หรือคลอดบุตร หรือเป็นโรคทางเพศสัมพันธ์หรือไม่</p>	<p><input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</p>	<p><input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

คำยินยอมและการมอบอำนาจของผู้เอาประกันภัย หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ข้าพเจ้าขอให้คำยินยอมว่า ข้าพเจ้าได้อ่านหรือได้รับการอธิบายข้อความดังกล่าว และข้าพเจ้าขอรับรองในนามของตนเองและในนามของบุคคลอื่นใด ซึ่งอาจมีหรืออ้างสิทธิผลประโยชน์ตามกฎหมายตามที่กล่าวไว้ คำตอบข้างต้นนั้นครบถ้วนสมบูรณ์และเป็นความจริง และข้าพเจ้าตกลงให้ถือคำตอบดังกล่าวเป็นพื้นฐานสำหรับการพิจารณาต่อสัญญา หรือการเพิ่มสัญญาเพิ่มเติมกรมธรรม์ประกันภัย และข้าพเจ้าขอให้คำยินยอมต่อไปว่า เมื่อบริษัทได้อนุมัติให้ต่อสัญญา หรือการเพิ่มสัญญาเพิ่มเติมกรมธรรม์ประกันภัยฉบับดังกล่าวข้างต้นแล้ว ให้ข้อกำหนดเรื่องการไม่ได้แย้งหรือคัดค้าน และข้อกำหนดเรื่องอัตราเบี้ยประกันภัย มีผลบังคับตั้งแต่วันที่บริษัทอนุมัติให้ต่อสัญญา หรือการเพิ่มสัญญาเพิ่มเติมกรมธรรม์ประกันภัย ฉบับดังกล่าวข้างต้นนี้เป็นต้นไป

ลงชื่อ พยาน / ตัวแทน
 (.....)
 ลงชื่อ พยาน / ตัวแทน
 (.....)

ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย
 (.....)
 ลงชื่อ ผู้ปกครองโดยชอบธรรม
 (.....) - กรณีผู้เยาว์