

ใบคำขอเอาประกันภัย ตอนที่ 2 ถ้อยคำที่ให้แก่แพทย์ผู้ตรวจสุขภาพ

คำเตือนของกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์

ผู้เอาประกันชีวิตจะตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

1.	ชื่อและนามสกุล	บัตรประจำตัวเลขที่	อายุ	จำนวนเงินเอาประกันภัย	ชื่อตัวแทน/รหัส

2. ก. ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ประจำตัวของท่าน หรือโรงพยาบาลหรือคลินิก ที่ท่านใช้บริการเป็นประจำ					
<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ.....					
ข. วันที่ที่ท่านได้พบและปรึกษาแพทย์ครั้งสุดท้ายเมื่อใด?.....					
สาเหตุที่พบ และผล (รวมทั้งแพทย์ประจำตัวด้วย).....					
3. เท่าที่ท่านทราบและเชื่อมั่นอย่างที่สุด					
ก. ท่านเคยเสพยาเสพติดหรือยาประเภทมึนเมา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือเสพสุราเกินขนาด หรือเคยรับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรัง หรือยาเสพติดบ้างหรือไม่					
<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ.....					
ข. ท่านเคยสูบบุหรี่ หรือกลั้ว หรือซิการ์หรือไม่					
<input type="checkbox"/> ไม่สูบ <input type="checkbox"/> สูบ ระบุชนิดที่สูบ.....(บุหรี่/กลั้ว/ซิการ์/อื่นๆ)					
ปริมาณที่สูบ.....ต่อวัน					
ค. ปัจจุบันนี้ท่านสูบบุหรี่หรือกลั้วหรือซิการ์หรือไม่					
<input type="checkbox"/> ไม่สูบ <input type="checkbox"/> สูบ ระบุชนิดและปริมาณที่สูบ.....ต่อวัน					
ง. ใน 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงบ้างหรือไม่? เพิ่มขึ้น/ลดลงเท่าใด?					
<input type="checkbox"/> เพิ่ม.....กก. <input type="checkbox"/> ลด.....กก. <input type="checkbox"/> เท่าเดิม					
สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยน.....					
จ. ท่านมีอะไรบกพร่องทางร่างกายหรือสุขภาพบ้างหรือไม่					
<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี โปรดให้รายละเอียด.....					
4. ท่านเคยเป็นหรือทราบว่า เป็นหรือเคยได้รับคำแนะนำ และ/หรือ การรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่ ถ้าเคยกรุณาแจ้งรายละเอียด วันที่ระยะเวลาที่เป็น ชื่อของแพทย์หรือสถานพยาบาลที่ทำการรักษา ผลการรักษา โดยระบุชื่อไว้ด้วย					
				ไม่เคย / เคย	รายละเอียด
ก. โรคเกี่ยวกับ ตา หู จมูก หรือคอ				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ข. วัณโรคหรือวัณโรคปอด เป็นลม โรคลมบ้าหมู (ลมชัก) อัมพาต แขนขาอ่อนแรง โรคจิต โรคทางสมอง หรือระบบประสาท อย่างใดอย่างหนึ่ง				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ค. บ้วนเป็นเลือด วัณโรค โรคหืด หอบ โรคปอดอักเสบ ไอเป็นอาเจียน โรคหลอดเลือด หรือโรคใดโรคหนึ่งเกี่ยวกับปอด หรือระบบหายใจ				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ง. อาการเจ็บหน้าอก หัวใจโต ลิ้นหัวใจรั่ว ความดันโลหิตสูง พรายยิ้มโรคเลือด เส้นเลือดหรือโรคหัวใจ				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<p>จ. อาการอาหารไม่ย่อยบ่อยๆ (ท้องอืด) แผลในกระเพาะอาหาร หรือลำไส้ ไส้เลื่อน ริดสีดวงทวารหรือโรคใดๆ เกี่ยวกับ ตับ ถุงน้ำดี กระเพาะอาหาร หรือลำไส้ ท้องมาน (มีน้ำในช่องท้อง) โรคในช่องท้อง</p> <p>ฉ. โรคไต นิ่ว กามโรค หรือโรคใดๆ เกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ หรือระบบ ขับถ่ายปัสสาวะ</p> <p>ช. โรคเบาหวาน คอปกอกหรือโรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ (Endocrine)</p> <p>ซ. โรคมะเร็ง เนื้องอก ตุ่มเนื้อ หรืออวัยวะใดๆ ที่งอกขึ้นหรือโตขึ้นผิดปกติ</p> <p>ญ. ใช้เรื้อรัง ใช้รูมาติก ข้ออักเสบ โรคเก๊าท์ (Gout) หรือโรคใดๆ เกี่ยวกับ กระดูกสันหลัง กระดูกข้อต่อ หรือกล้ามเนื้อ</p> <p>ฎ. ในระหว่าง 3 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยเป็นหรือเคยได้รับคำแนะนำ ในการรักษา หรือมีอาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลด ท้องเดินเรื้อรัง ต่อมน้ำเหลืองโต หรือโรคผิวหนังเรื้อรัง ซึ่งเป็นติดต่อกันนาน เกินกว่า 1 สัปดาห์หรือไม่</p> <p>ฏ. ท่านเคยได้รับการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อกามโรค หรือเชื้อไวรัส โรคเอดส์หรือไม่</p>	<p>ไม่เคย / เคย</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>รายละเอียด</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>5. ในระหว่าง 3 เดือนที่ผ่านมา</p> <p>ก. ท่านเคยเป็นหรือเคยได้รับคำแนะนำในการรักษา หรือมีอาการ อ่อนเพลีย น้ำหนักลด ท้องเดินเรื้อรัง ต่อมน้ำเหลืองโต หรือ โรคผิวหนังเรื้อรัง ซึ่งเป็นติดต่อกันเกินกว่า 1 สัปดาห์หรือไม่</p> <p>ข. ท่านเคยได้รับการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อกามโรค หรือเชื้อไวรัสเอดส์หรือไม่</p>	<p>ไม่เคย / เคย</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>รายละเอียด</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>6. ใน 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ</p> <p>ก. การตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การตรวจเลือด การเอกซเรย์ การตรวจ ด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ คอมพิวเตอร์ การตรวจหัวใจด้วยเครื่องไฟฟ้า หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่</p> <p>ข. ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บร้ายแรง การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในโรงพยาบาล ที่มีได้ระบุไว้ข้างต้น</p>	<p>ไม่เคย / เคย</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>รายละเอียด</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>7. เฉพาะสตรี</p> <p>ก. ท่านมีประจำเดือนครั้งสุดท้ายเมื่อ.....</p> <p>ข. ท่านกำลังมีครรภ์หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุจำนวนเดือนที่ตั้งครรภ์.....เดือน</p> <p>ค. ท่านเคยมีอาการผิดปกติที่ทรงอก หรือช่องคลอด มดลูก รังไข่ ท่อนำไข่ หรือคลอดบุตรยากหรือมีอาการแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ และการคลอดบุตรยากหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดแจ้งรายละเอียด.....</p> <p>.....</p>		

8. บิดา มารดา คู่สมรส หรือ พี่น้องของท่านเคยเป็นเบาหวาน มะเร็ง โรคไต วัณโรค ความดันโลหิตสูง โรคโลหิตจาง ไชมันในเลือดสูง อัมพาต โรคหัวใจ โรคจิต โรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์ บ้างหรือไม่

ไม่มี มี โปรดระบุรายละเอียดดังต่อไปนี้

ความสัมพันธ์	โรคที่เป็น	อายุเมื่อเริ่มต้นเป็น	อายุปัจจุบัน
.....
.....
.....

9. บันทึกเกี่ยวกับครอบครัว	อายุถ้ายังมีชีวิตอยู่	สาเหตุแห่งมรณกรรม	อายุเมื่อถึงแก่กรรม
บิดา			
มารดา			

ข้าพเจ้ารับรองว่า ข้าพเจ้าเป็นผู้ให้คำตอบข้างต้นนี้ตามคำถามดังกล่าวและยืนยันว่าข้อความทั้งหมดสมบูรณ์และเป็นความจริง และข้าพเจ้ายอมตกลงว่าคำตอบเหล่านี้เป็นข้อความที่ต่อเนื่องกันและเป็นส่วนหนึ่งของใบคำขอของข้าพเจ้า ซึ่งจะประกอบด้วยตอนที่หนึ่ง และตอนที่สองรวมกัน และบรรดาคำตอบข้างต้นนี้ก็จะเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยที่บริษัทอาจจะออกกรมธรรม์ประกันภัยฉบับใดๆ ให้โดยอาศัยคำตอบดังกล่าวนี้

โดยอาศัยใบคำขอนี้ข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิ์ที่จะได้รับการคุ้มครองตามบทบัญญัติทั้งหลายแห่งกฎหมาย ที่ห้ามมิให้แพทย์คนใดเปิดเผยข้อความใดๆ ที่ได้ทราบมาในขณะที่ให้การรักษาต่อข้าพเจ้าโดยตำแหน่งหน้าที่ของตน

เขียนที่..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.
(จังหวัด)

.....
พยาน (แพทย์ผู้ตรวจ) ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

ข้าพเจ้าขอให้ความยินยอมไว้ ณ ที่นี้ แก่นายแพทย์ โรงพยาบาล คลินิก บริษัทประกันภัย หรือองค์กร สถาบัน หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีบันทึกหรือเรื่องราวของข้าพเจ้าที่เกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้า ที่จะเปิดเผยรายละเอียดต่างๆ ของข้าพเจ้าเกี่ยวกับประวัติสุขภาพ หรือโรคต่างๆ รวมทั้งการรักษาในโรงพยาบาล การปรึกษา การรักษาโรค หรือความเจ็บป่วยอื่นๆ ของข้าพเจ้าให้แก่ บริษัท ซันเบิร์ก ไลฟ์ แอสซิวรันส์ จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทฯ ได้

นอกจากนั้น ข้าพเจ้าขอให้ความยินยอมไว้แก่ บริษัท ซันเบิร์ก ไลฟ์ แอสซิวรันส์ จำกัด (มหาชน) รวมทั้งบุคคลหรือนิติบุคคลที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ ให้ดำเนินการตรวจเลือด และ/หรือ ปัสสาวะเพื่อนำผลมาใช้ประกอบการพิจารณารับประกันภัย ตามใบคำขอเอาประกันภัยที่ยื่นหรือที่จะยื่นต่อบริษัทฯ การตรวจดังกล่าวนี้ให้รวมถึงการตรวจไขมันในเลือด เบาหวาน การทำงานของตับ ไต การติดเชื้อไวรัสโรคเอดส์ (ภูมิคุ้มกันบกพร่อง) หรือการติดยา ยาเสพติด บุหรี่ หรือสารอื่นๆ

.....
พยาน วันเดือนปี ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

MEDICAL EXAMINER'S REPORT IN CONNECTION WITH APPLICATION FOR ADULT POLICY

(To be used only in case of applicant age of 16 years and more)

This examination should be made in private. No third person should be present

Full name of applicant Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>	Height (cms) in low shoes	Chest (Force inspiration)	Abdomen (At umbilicus)
	Weight (kgs) without coat	Chest (Force expiration)	

If the answer is "Yes", Please identify more of details

- Are you personally or professionally acquainted with the applicant? If so, how long? No Yes.....
 - Is appearance unhealthy or older than stated age? No Yes.....
 - Is there any reason to suspect intemperate habits? No Yes.....
 - Are there any identification marks (such as scars, birthmarks etc.)? No Yes.....

- Do you find any evidence of past or present disease or abnormality? of :
 - Central or peripheral nervous system (including reflexes, gait, paralysis)? No Yes.....
 - Respiratory system (lungs, pleura, chest wall)? No Yes.....
 - Abdomen (including stomach, liver, spleen, hernias)? No Yes.....
 - Genito-urinary system? No Yes.....
 - Thyroid or other endocrine glands or metabolic and haemopoietic systems? No Yes.....
 - Eyes, ears, nose, throat and mouth (including-impairment of sight or hearing)? No Yes.....
 - Skin, bones or joints (including varicose veins deformities, lameness, amputations)? No Yes.....

3. BLOOD PRESSURE (If over 140 systolic or 90 diastolic record 3 readings)

Systolic			
Diastolic (5 th phase)			

4. PULSE

	At Rest	After Exercise	3 Minutes Later
Rate Per Minute			
Irregularities Per Minute			

Exercise only if irregular pulse, heart murmur or BP over 150/100

- HEART: Apex Beat located at.....intercostal space.....inches
to the left of MIDCLAVICULAR line. Is there any
 - Arteriosclerosis or aneurysm? No Yes.....
 - Hypertrophy or oedema? No Yes.....
 - Murmur No Yes (If murmur is present, describe below)

Location: <input type="checkbox"/> apex <input type="checkbox"/> base-over.....Area	Transmission: <input type="checkbox"/> none <input type="checkbox"/> axilla <input type="checkbox"/> scapula
Timing: <input type="checkbox"/> systolic <input type="checkbox"/> diastolic <input type="checkbox"/> presystolic	After exercise: <input type="checkbox"/> absent <input type="checkbox"/> decreased <input type="checkbox"/> unchanged <input type="checkbox"/> increased
Intensity: <input type="checkbox"/> soft <input type="checkbox"/> moderate <input type="checkbox"/> loud	Diagnosis:.....

Do you suspect any abnormality in the heart or vascular system?

6. URINALYSIS : pH	Specific gravity	Albumin	Sugar	Blood
--------------------	------------------	---------	-------	-------

Send for microscopic urinalysis if:

- | | |
|----------------------------------|--|
| A. Blood pressure is over 140/90 | C. There are any finding or history of urinary disease |
| B. Albumin or sugar is present | D. Applicant is a diabetic or high blood pressure |

- Are you aware of any unfavourable features which affect his / her longevity
 - form the personal or family history? No Yes.....
 - disclosed by your medical examination? No Yes.....
 - Do you recommend any additional tests or reports? No Yes.....

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

on this.....day of.....at.....AM/PM

Signature.....

DOCTOR - PLEASE CHECK YOUR REPORT FOR ANY OMISSIONS

Medical Practitioner Registration No.....