



บริษัท แมนูไลฟ์ ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)  
1788 อาคารสิงห์คอมเพล็กซ์ ชั้น 18 ถนนเพชรบุรีตัดใหม่  
แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310  
โทรศัพท์ : 02-033-9000 ทะเบียนเลขที่ 0107537001081

ตัวแทน ..... รหัส .....  
หน่วยงาน .....  
สาขา .....  
โทร.....

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการ**

**ประกอบธุรกิจประกันภัย**

ผู้เอาประกันภัยจะตอบคำถามตามความเป็จริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

หนังสือรับรองสุขภาพ ใช้เพื่อ

- เปลี่ยนแปลงกรมธรรม์ (เพิ่มสัญญาเพิ่มเติม, เพิ่มจำนวนเงินเอาประกันภัย, เปลี่ยนเป็นแบบประกันที่มีระยะเวลาคุ้มครองเพิ่มขึ้น, ลด/ยกเลิกเบี้ยประกันภัยเพิ่มพิเศษ)
- ขอต่ออายุกรมธรรม์ หรือกลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่

**ข้อมูลเกี่ยวกับผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีกรมธรรม์มีสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรุณาตอบข้อมูลในส่วนของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วย)**

**ผู้เอาประกันภัย**

1. ชื่อ .....
2. เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน .....
3. อายุ ..... ปี
4. ที่อยู่ปัจจุบัน ..... โทรศัพท์ .....
5. อาชีพ หน้าที่การงานประจำวัน .....
6. ชื่อสถานที่ทำงาน/นายจ้าง ที่อยู่ และลักษณะธุรกิจ .....
7. รายได้ต่อปี .....บาท
8. ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่  ไม่ใช่  ใช่
9. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่  ไม่เคย  เคย  
โปรดระบุรายละเอียด  
บริษัท .....  
สาเหตุ .....  
เมื่อใด .....
10. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่  ไม่เคย  เคย
11. ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่  ไม่เสพ/ไม่เคย  เสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด .....  
ปริมาณ ..... ความถี่ ..... ครั้ง/สัปดาห์  
เสพมานาน ..... ปี เลิกเสพ เมื่อ .....
12. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่  ไม่ดื่ม/ไม่เคย  ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด .....  
ปริมาณ ..... ขวด/ครั้ง ความถี่ ..... ครั้ง/สัปดาห์  
ดื่มมานาน ..... ปี เลิกดื่ม เมื่อ .....
13. ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่  ไม่สูบบุหรี่/ไม่เคย  สูบบุหรี่/เคย โปรดระบุปริมาณ ..... มวน/วัน  
สูบบุหรี่มานาน ..... ปี เลิกสูบบุหรี่ เมื่อ .....
14. ส่วนสูง ..... ซม. น้ำหนัก ..... ก.ก.  
ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาน้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่  ไม่เปลี่ยน  เปลี่ยน โปรดระบุน้ำหนัก  
 เพิ่มขึ้น ..... ก.ก.  ลดลง ..... ก.ก.  
สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง .....

**ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย**

1. ชื่อ .....
2. เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน .....
3. อายุ ..... ปี
4. ที่อยู่ปัจจุบัน ..... โทรศัพท์ .....
5. อาชีพ หน้าที่การงานประจำวัน .....
6. ชื่อสถานที่ทำงาน/นายจ้าง ที่อยู่ และลักษณะธุรกิจ .....
7. รายได้ต่อปี .....บาท
8. ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่  ไม่ใช่  ใช่
9. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่  ไม่เคย  เคย  
โปรดระบุรายละเอียด  
บริษัท .....  
สาเหตุ .....  
เมื่อใด .....
10. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่  ไม่เคย  เคย
11. ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่  ไม่เสพ/ไม่เคย  เสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด .....  
ปริมาณ ..... ความถี่ ..... ครั้ง/สัปดาห์  
เสพมานาน ..... ปี เลิกเสพ เมื่อ .....
12. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่  ไม่ดื่ม/ไม่เคย  ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด .....  
ปริมาณ ..... ขวด/ครั้ง ความถี่ ..... ครั้ง/สัปดาห์  
ดื่มมานาน ..... ปี เลิกดื่ม เมื่อ .....
13. ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่  ไม่สูบบุหรี่/ไม่เคย  สูบบุหรี่/เคย โปรดระบุปริมาณ ..... มวน/วัน  
สูบบุหรี่มานาน ..... ปี เลิกสูบบุหรี่ เมื่อ .....
14. ส่วนสูง ..... ซม. น้ำหนัก ..... ก.ก.  
ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาน้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่  ไม่เปลี่ยน  เปลี่ยน โปรดระบุน้ำหนัก  
 เพิ่มขึ้น ..... ก.ก.  ลดลง ..... ก.ก.  
สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง .....

**ผู้เอาประกันภัย**

15. บิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา ของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจาก แพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือดหรือโรคไวรัสตับอักเสบหรือไม่  ไม่เปลี่ยน  เปลี่ยน โปรดระบุรายละเอียดบุคคลที่เป็น ..... โรค ..... อายุที่เริ่มเป็น .....
16. ภรรยา/สามี ของท่านเป็นโรคเอดส์ (HIV) หรือไวรัสตับอักเสบหรือไม่  ไม่เคย  เคย โปรดระบุโรค  โรคเอดส์  โรคไวรัสตับอักเสบ
17. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ
- ก) การตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่  ไม่เคย  เคย โปรดระบุรายละเอียด ตรวจอะไร ..... เมื่อใด ..... อายุที่เริ่มเป็น ..... สถานที่ตรวจ ..... ผลการตรวจ ..... ข้อสังเกตของแพทย์ .....
- ข) การบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์ เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่มีได้ระบุไว้ข้างต้น  ไม่เคย  เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด อาการ ..... วันเดือนปีที่ได้รับการรักษา ..... สถานพยาบาล ..... ผลการรักษา .....

**ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย**

15. บิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา ของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจาก แพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือดหรือโรคไวรัสตับอักเสบหรือไม่  ไม่เปลี่ยน  เปลี่ยน โปรดระบุรายละเอียดบุคคลที่เป็น ..... โรค ..... อายุที่เริ่มเป็น .....
16. ภรรยา/สามี ของท่านเป็นโรคเอดส์ (HIV) หรือไวรัสตับอักเสบหรือไม่  ไม่เคย  เคย โปรดระบุโรค  โรคเอดส์  โรคไวรัสตับอักเสบ
17. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ
- ก) การตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่  ไม่เคย  เคย โปรดระบุรายละเอียด ตรวจอะไร ..... เมื่อใด ..... อายุที่เริ่มเป็น ..... สถานที่ตรวจ ..... ผลการตรวจ ..... ข้อสังเกตของแพทย์ .....
- ข) การบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์ เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่มีได้ระบุไว้ข้างต้น  ไม่เคย  เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด อาการ ..... วันเดือนปีที่ได้รับการรักษา ..... สถานพยาบาล ..... ผลการรักษา .....

18. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่ หากเคย กรุณาระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

โรค	ผู้เอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย		โรค	ผู้เอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	
	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย		ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย
สายตาสั้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ดีซ่าน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคจอประสาทตา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	มีน้ำในตา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคคอหอย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคตับอ่อนอักเสบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคหลอดเลือดในสมอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคไต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคอัมพฤกษ์ / โรคอัมพาต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคข้ออักเสบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคพาร์กินสัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเก๊าท์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคความจำเสื่อม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคหนังแข็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคชัก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเอสแอลอี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคปอดหรือปอดอักเสบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรควัณโรค	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคหอบหืด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคไทรอยด์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคต่อมน้ำเหลืองโต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคถุงลมโป่งพอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคมะเร็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

โรค	ผู้เอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย		โรค	ผู้เอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	
	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย		ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย
โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคกามโรค (ภายใน 2 ปี)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	พิการทางร่างกาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคหลอดเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคจิต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคแผลในทางเดินอาหาร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคประสาท	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคตับหรือทางเดินน้ำดี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคซึมเศร้า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคพิษสุราเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	คาวาน์ซิน โครม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ผู้เอาประกันภัย	โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือ รับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกต โดยแพทย์)	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้ โปรดระบุ)
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

19. ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่ หากเคย กรุณาระบุ โรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

โรค	ผู้เอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย		โรค	ผู้เอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	
	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย		ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย
การมองเห็นผิดปกติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ปวดข้อเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
กล้ามเนื้ออ่อนแรง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	จำเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ร่างกายสูญเสียประสาทรับความรู้สึก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	คล้ายพบก้อนเนื้อ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
มีพัฒนาการช้า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	มีเลือดปนในปัสสาวะ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>อาการในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา</b>				
ไอเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	อาการอ่อนเพลีย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ไอเป็นเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	น้ำหนักลด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เหนื่อยง่ายผิดปกติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ท้องเดินเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เจ็บหรือแน่นหน้าอก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ไข้เรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ใจสั่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคผิวหนังเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ปวดท้องเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>เฉพาะสตรี</b>				
อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	กำลังตั้งครรภ์ ..... เดือน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ท้องมาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์และคลอดบุตร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ท้องเสียเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ผู้เอาประกันภัย	โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือ รับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกต โดยแพทย์)	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้ โปรดระบุ)
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

**คำถามเพิ่มเติมสำหรับการขอซื้อสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพ หรือโรคร้ายแรง หรือขอต่ออายุกรมธรรม์ หรือขอกลับคืนผู้สถานะเดิมของกรมธรรม์ ในกรณีที่มีสัญญาเพิ่มเติมสุขภาพหรือโรคร้ายแรง แบบท้ายกรมธรรม์**

20. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็น โรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่  
หากเคย กรุณาระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

โรค	ผู้เอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย		โรค	ผู้เอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	
	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย		ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย
ติดเชื้อในหูชั้นกลาง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ริดสีดวงทวาร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ฝีคัณฑาสุต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ไซนัสอักเสบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เยื่อหู โพรงมดลูกเจริญผิดที่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ปวดศีรษะไมเกรน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	กระดูกสันหลังเคลื่อน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ภูมิแพ้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ฮอร์โมนกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
หลอดลมอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ข้อเสื่อม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
กรดไหลย้อน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
นิ้ว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เส้นประสาทอักเสบหรือถูกเบียดทับ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ถุงน้ำดีอักเสบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ออทิสติก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ไส้เลื่อน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	สมาธิสั้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ผู้เอาประกันภัย	อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือ รับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกต โดยแพทย์)	การรักษาและอาการปัจจุบัน / สอนพยาบาลที่รักษา
.....	.....	.....	.....
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	.....	.....	.....

**การให้คำยืนยันและการมอบอำนาจของผู้เอาประกันภัย**

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เขียนที่ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ลงชื่อ ..... (.....) พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

ลงชื่อ ..... (.....) ผู้ขอเอาประกันภัย

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ  บิดา/มารดา  ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)