



**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)**

ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิต ปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่.....

เพื่อประกอบกับใบคำขอเอาประกันชีวิต ชนิดตรวจสุขภาพ

1. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย	บัตรประจำตัวเลขที่
.....	.....

2. อายุ.....ปี	จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท
----------------	-------------------------------

3. ก. ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ประจำของท่าน หรือโรงพยาบาล หรือคลินิก ที่ท่านใช้บริการเป็นประจำ  
ถ้าไม่มีก็ให้แจ้งด้วยว่า “ไม่มี”.....

ข. วันที่ที่ท่านได้พบและปรึกษาแพทย์ครั้งสุดท้ายเมื่อใด?.....  
สาเหตุที่พบ และผล (รวมทั้งแพทย์ประจำด้วย).....

ถ้าคำตอบในข้อ 4-8 เป็นคำตอบรับโปรดให้รายละเอียด รวมถึงการตรวจวินิจฉัยโรค วันที่ ระยะเวลา ชื่อและที่อยู่ของบรรดาแพทย์ที่เคยตรวจรักษา

4. ก. ท่านเคยเสพยาหรือสารเสพติดใดๆ หรือดื่มสุรา หรือสิ่งมีเมาเป็นประจำหรือเคยรับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังหรือยาเสพติด บ้างหรือไม่  เคย  ไม่เคย  
ถ้าเคย โปรดแจ้งรายละเอียด.....

ข. ท่านเคยสูบบุหรี่หรือไม่..... ถ้าเคย สูบนานเท่าไร.....  
ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่หรือไม่..... ประมาณวันละกี่มวน.....  
ท่านสูบบุหรี่ชนิดอื่นๆ หรือไม่ ถ้าสูบบุหรี่ชนิดและจำนวน.....

ค. ส่วนสูง.....ซม. น้ำหนัก.....ก.ก.  
ใน 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่.....เพิ่มขึ้น.....ก.ก. ลดลง.....ก.ก.  
สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง.....

ง. เท้าที่ท่านทราบมีอะไรบกร่องทางร่างกายหรือจิตใจของท่านบ้างหรือไม่  มี  ไม่มี

**5. บันทึกเกี่ยวกับครอบครัว**

	อายุ	กรณีเสียชีวิตแล้ว	
		อายุเมื่อเสียชีวิต	สาเหตุที่เสียชีวิต
บิดา			
มารดา			

6. ท่านเคยเป็นหรือทราบว่าท่านเป็นหรือเคยได้รับคำแนะนำ และ/หรือการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่	เคยมี	ไม่เคยมี	ถ้าเคยหรือมีโปรดแจ้งรายละเอียดในการตรวจและรักษา
ก. โรคเกี่ยวกับตา หู จมูก หรือคอ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
ข. วิงเวียนศีรษะบ่อยๆ เป็นลม โรคลมบ้าหมู (ลมชัก) อัมพาต แขนขาอ่อนแรง โรคจิต โรคทางสมอง หรือ ระบบประสาทอย่างใดอย่างหนึ่ง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
ค. บ้วนเป็นเลือด วัณโรค โรคหืด หอบ โรคปอดอักเสบ หรือโรคใดโรคหนึ่งเกี่ยวกับปอดหรือระบบหายใจ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
ง. อาการเจ็บหน้าอก ความดันโลหิตสูง พราย้ำ โรคเลือด เส้นเลือด หรือโรคหัวใจ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
จ. อาการอาหารไม่ย่อยบ่อยๆ (ท้องอืด) แผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้ ไส้เลื่อน ริดสีดวงทวาร หรือโรคใดๆ เกี่ยวกับตับ ถุงน้ำดี กระเพาะอาหารหรือลำไส้ ท้องมาน (มีน้ำในช่องท้อง) โรคในช่องท้อง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
ฉ. โรคไต นิ้ว กามโรค หรือโรคใดๆ เกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ หรือระบบขับถ่ายปัสสาวะ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
ช. โรคเบาหวาน คอพอก หรือโรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ (Endocrine)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
ซ. โรคมะเร็ง เนื้องอก ตุ่มเนื้อหรืออวัยวะใดๆ ที่งอกขึ้นหรือโตขึ้นผิดปกติ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
ญ. ใช้เรื้อรัง ใช้รุ่มมาติด ข้ออักเสบ โรคเกาต์ (Gout) หรือโรคใดๆ เกี่ยวกับกระดูกสันหลัง กระดูกข้อต่อ หรือกล้ามเนื้อ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
ฎ. มีความบกพร่องหรือพิการทางร่างกายหรือจิตใจบ้างหรือไม่	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

7. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ

- ก. การตรวจสุขภาพ การตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอ็กซเรย์ การตรวจหัวใจด้วยเครื่องไฟฟ้าหรือการตรวจเลือด หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่  เคย  ไม่เคย  
**ถ้าเคย โปรดแจ้งรายละเอียด.....**
- ข. การบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่มีได้ระบุไว้ข้างต้น  
(กรุณาแจ้งหมายเลขบัตรประจำตัวคนไข้).....  เคย  ไม่เคย  
**ถ้าเคย โปรดแจ้งรายละเอียด.....**

8. บิดา มารดา คู่สมรส หรือพี่น้อง ของท่านเคยเป็นโรคเบาหวาน โรคหัวใจโต ความดันโลหิตสูง โรคจิต โรคเลือด โรคไต วัณโรค โรคเอดส์หรือไม่  มี  ไม่มี  
**ถ้ามี เป็นใคร \_\_\_\_\_ โรคอะไร \_\_\_\_\_**

9. เฉพาะสตรี

- ก. เคยมีอาการผิดปกติที่เต้านม หรือช่องคลอด มดลูก รังไข่ ท่อนรังไข่ หรือเคยแท้งบุตร หรือคลอดเด็กยาก หรือมีโรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ และการคลอดหรือความผิดปกติเกี่ยวกับประจำเดือนหรือไม่  เคย  ไม่เคย  
**ถ้าเคย โปรดแจ้งรายละเอียด.....**
- ข. ประจำเดือนครั้งสุดท้ายมีเมื่อใด.....  
กำลังมีครรภ์หรือไม่  มี  ไม่มี  
**ถ้ามี ขณะนี้กี่เดือน.....**

10. ก. ในระหว่าง 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยเป็นหรือเคยได้รับคำแนะนำในการรักษา หรือมีอาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลด ท้องเดินเรื้อรัง ต่อมน้ำเหลืองโต หรือโรคผิวหนังเรื้อรัง ซึ่งเป็นติดต่อกันนานเกินกว่า 1 สัปดาห์ หรือไม่  เคย  ไม่เคย  
ถ้าเคย โปรดแจ้งรายละเอียด.....
- ข. ท่านเคยได้รับการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อกามโรค หรือเชื้อไวรัสเอดส์หรือไม่  เคย  ไม่เคย  
ถ้าเคย โปรดแจ้งรายละเอียด.....

---

**ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า**

1. ถ้อยแถลงหรือคำตอบซึ่งข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นเป็นข้อเท็จจริงที่เป็นความจริง
2. ยินยอมให้นำข้อเท็จจริงดังกล่าวไปใช้เพื่อประกอบการพิจารณารับประกันภัยตามใบคำขอเอาประกันชีวิตของข้าพเจ้าหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
3. ยินยอมให้บริษัทเปิดเผยข้อเท็จจริงอันเกี่ยวกับสุขภาพต่อบริษัทประกันภัยอื่นเพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ของข้าพเจ้ากับบริษัทอื่น
4. ในส่วนของข้อเท็จจริงอันเกี่ยวกับสุขภาพ ยินยอมให้แพทย์หรือบุคคลใดๆ ซึ่งได้เคยตรวจรักษาหรือจะตรวจสุขภาพข้าพเจ้าในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงดังกล่าวให้บริษัท หรือบริษัทประกันภัยอื่นเพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยทราบ
5. ข้าพเจ้าไม่เคยทราบว่าเป็น หรือเคยรักษาโรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์ และข้าพเจ้าทราบดีว่า ถ้าข้าพเจ้าเจ็บป่วยเป็นโรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์แล้ว บริษัทจะไม่รับประกันชีวิตของข้าพเจ้า
5. ข้าพเจ้าขอให้ความยินยอมไว้แก่ บริษัท กรุงเทพประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) รวมทั้งบุคคลหรือนิติบุคคลที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทให้ดำเนินการตรวจเลือดและ/หรือปัสสาวะเพื่อนำผลมาใช้ประกอบการพิจารณารับประกันภัยตามใบคำขอเอาประกันชีวิตที่ยื่นหรือที่จะยื่นต่อบริษัท การตรวจดังกล่าวนี้ให้รวมถึงการตรวจไขมันในเลือด เบาหวาน การทำงานของตับ ไต การติดเชื้อไวรัสโรคเอดส์ (ภูมิคุ้มกันบกพร่อง) หรือ การติดยา ยาเสพติด บุหรี่ หรือสารอื่นๆ

---

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

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ).....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจ

(ลงชื่อ).....

(.....)

พยาน

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ

ให้ผู้ปกครองลงชื่อเป็นพยานไว้ด้วย)

## PART 2 REPORT AND OPINION OF THE MEDICAL EXAMINER

11. Height (Cm.) (in low shoes)	Weight (kg.) (without coat)	Chest (Cm.) (force inspiration)	Chest (Cm.) (force expiration)	Abdomen (Cm.) (at umbilicus)	DETAILS of "Yes" answer (Identify item)
12. (a) Are you personally or professionally acquainted with the applicant? if so, how long?				yes    no	
(b) Is appearance unhealthy or older than stated age?				<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
(c) Is there any reason to suspect intemperate habits?				<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
(d) Are there any identification marks (such as scars, birthmarks etc.)?				<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
13. Do you find any evidence of past or present disease or abnormality of :					
(a) Respiratory system (lungs, pleura, chest wall)?				<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
(b) Central or peripheral nervous system (including reflexes, gait, paralysis)?				<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
(c) Breast or genito-urinary system?				<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
(d) Abdomen (including stomach, liver, spleen, hernias)?				<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
(e) Skin, bones or joints (including varicose veins, deformities, lameness, amputations)?				<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
(f) Eyes, ears, nose, throat and mouth (including impairment of sight of hearing)?				<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
(g) Thyroid or other endocrine glands or metabolic and haemopoietic system?				<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
14. BLOOD PRESSURE (If over 140 systolic or 90 diastolic record 3 readings).			15. PULSE AT REST		
Systolic	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Rate Per Minute	<input type="text"/>
Diastolic	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Irregularities Per Minute	<input type="text"/>
16. Heart : Apex Beat located at..... (state intercostalspace and relation to midclavicular line).					
Is there any					
(a) Arteriosclerosis or aneurysm?				<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
(b) Hypertrophy or oedema?				<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
(c) Murmur (If murmur is present, describe below)?				<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Location:	<input type="radio"/> apex	<input type="radio"/> base-over.....area			
Timing:	<input type="radio"/> systolic	<input type="radio"/> diastolic	<input type="radio"/> presystolic		
Intensity:	<input type="radio"/> soft	<input type="radio"/> moderate	<input type="radio"/> loud	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Transmission:	<input type="radio"/> none	<input type="radio"/> axilla	<input type="radio"/> scapula		
Diagnosis: .....					
Do you suspect any abnormality in the heart or vascular system?				<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
17. URINALYSIS : Specific gravity			PH	Albumin	Sugar
18. (a) Are you aware of any unfavourable features likely to affect his/her longevity					
(i) in the personal or family history?				<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
(ii) disclosed by your medical examination?				<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
(b) Do you recommend any additional tests or reports?				<input type="radio"/> <input type="radio"/>	

I hereby certify that I have made this examination in private at.....  
on this.....day of.....20.....at.....AM/PM.

Medical examiner's signature.....M.D.

Medical examiner's name (.....)

DOCTOR PLEASE CHECK YOUR REPORT FOR OMISSIONS