



คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบ
ธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัย ต้องตอบคำถามตามความเป็นจริง
ทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิต
ปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวล
กฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา 865
Warning from the Office of Insurance Commission In pursuance of Section
865 of the Civil and Commercial Code, an insurance applicant is obligated
to disclose all statements truthfully. Concealment of any fact could be
a ground for the insurance company to deny contractual claim.

ถ้อยแถลงของผู้เอาประกันภัยที่ให้แก่แพทย์ผู้ตรวจสุขภาพ
สำหรับผู้เอาประกันภัย อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป
APPLICANT'S DECLARATION TO MEDICAL EXAMINER
FOR INSURANCE APPLICANT AGED 15 YEARS AND ABOVE

1	ชื่อและนามสกุล Name-Surname	บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ ID Card No.	อายุ.....ปี Age/Years
2	<p>(ก) ท่านมีแพทย์ประจำตัวหรือสถานพยาบาลที่ท่านใช้บริการเป็นประจำหรือไม่ <input type="checkbox"/> มี/Yes <input type="checkbox"/> ไม่มี/No ถ้ามีโปรดระบุรายละเอียด /If yes, please specify. Do you have a physician หรือ medical center that you regularly visit for treatment?</p> <p>(ข) วันที่ท่านพบแพทย์เพื่อปรึกษาหรือตรวจรักษาครั้งสุดท้าย When did you last visit a physician for consultation or treatment?..... ชื่อแพทย์/สถานพยาบาล Physician's Name/Medical Center..... สาเหตุ/โรคที่เป็น Cause/Disease.....</p>		
<p>ข้อ. 3-9 ถ้าเคยหรือมี โปรดระบุรายละเอียดอาการหรือโรค ชื่อแพทย์หรือสถานพยาบาลที่รักษา วันเดือนปีที่รักษาและผลของการตรวจและรักษาในช่อง ด้านขวามือ Items 3-9: if the answer is yes, please specify details of symptom or disease, name of attending physician or medical center, treatment date and results of the examination and treatment in the right box.</p>			
3	<p>(ก) ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่ ถ้าสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ ระบุปริมาณที่สูบ ต่อวัน สูบมานานเท่าไร ถ้าเลิกสูบ เลิกสูบนานเท่าไร Do you smoke/Have you ever smoked cigarettes or other types of tobacco? If yes, please specify amount per day and how long you have been smoking. If you have already quit smoking, please specify how long you have quit.</p> <p>(ข) ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่ ถ้าดื่มหรือเคยดื่ม ระบุความถี่ ชนิดและ ปริมาณเครื่องดื่ม ที่ดื่มแต่ละครั้ง ถ้าหยุดดื่ม หยุดมานานเท่าไร Do you consume/Have you ever consumed alcoholic beverages? If yes, please specify frequency, type, consumption amount each time. If you have already quit drinking, please specify how long you have quit.</p> <p>(ค) ท่านเสพยาหรือเคยเสพยาเสพติดหรือสารเสพติดหรือไม่ ถ้าเคยเสพยา ระบุชนิดและปริมาณการเสพต่อครั้ง ถ้าเลิกเสพแล้ว เลิกเมื่อไร Do you take/Have you ever taken addictive drugs or substances? If yes, please specify type and amount of use per time. If you have quit an addiction, when did you quit?</p> <p>(ง) ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ถ้าเปลี่ยน ระบุเพิ่มหรือลด กี่กิโลกรัมและ สาเหตุที่เปลี่ยนแปลง Within the past 6 months, does your weight fluctuate? If yes, please specify how much it increases or decreases and cause of weight fluctuation.</p>	<p>มี/เคย Yes <input type="checkbox"/> ไม่มี/ไม่เคย No <input type="checkbox"/></p>	
4	<p>ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ หรือเคยได้รับการวินิจฉัย หรือการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรค ดังต่อไปนี้หรือไม่ Have you ever had or do you currently have, or have you ever been diagnosed, treated or advised for having the following conditions or diseases by a physician?</p> <p>(ก) หอบหืด หลอดลมอักเสบเรื้อรัง ไอเรื้อรัง ไอเป็นเลือด โรคปอด/ปอดอักเสบ วัณโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ถุงลมโป่งพอง หูดหยาใจขณะหลับ Asthma, chronic bronchitis, chronic cough, hemoptysis, lung disease/pneumonia, tuberculosis, chronic obstructive pulmonary, emphysema, obstructive sleep apnea.</p> <p>(ข) ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เส้นเลือดหัวใจตีบ โรคหลอดเลือด เจ็บหรือแน่นหน้าอก ใจสั่น ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติเหนื่อยง่ายผิดปกติ Hyperlipidemia, hypertension, heart disease, coronary artery disease, vascular disease, chest pain, palpitation, cardiac arrhythmia, abnormal tiredness.</p> <p>(ค) ภาวะเพาะอาหารอักเสบเรื้อรัง แผลในทางเดินอาหาร ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด มีคัมพัสสุตร ริดสีดวงทวาร ปวดท้องเรื้อรัง ท้องผูกเรื้อรัง กรดไหลย้อน ลำไส้อักเสบเรื้อรัง Chronic gastritis, gastrointestinal ulcer, melena, perianal abscess, hemorrhoid chronic abdominal pain, chronic constipation, GERD, inflammatory bowel disease.</p> <p>(ง) คีซ่าน (ตัวเหลืองตาเหลือง) โรคตับหรือทางเดินน้ำดี ตับอ่อนอักเสบและถุงน้ำดีอักเสบ Jaundice, liver or biliary tract disease, pancreatitis, cholecystitis.</p> <p>(จ) ตรวจพบมีเลือด ไข่ขาว และหรือน้ำตาลในปัสสาวะ โรคนิ่ว โรคไต ถุงน้ำในไต ความผิดปกติและโรคเกี่ยวกับต่อมลูกหมาก Blood in the urine, protein in the urine, and/or sugar in urine, stones, kidney disease, kidney cyst, abnormal and prostate gland disease.</p> <p>(ฉ) โรคเบาหวาน โรคไทรอยด์ โรคของต่อมใต้สมอง โรคของต่อมหมวกไต Diabetes, thyroid disease, pituitary gland disease, adrenal gland disease.</p> <p>(ช) โรคชัก โรคหลอดเลือดในสมอง อัมพาต อัมพฤกษ์ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปวดศีรษะเรื้อรัง โรคจิตเวช ซึมเศร้า โรคความจำเสื่อม โรคสมองและเนื้อสมองหรือโรกระบบประสาท Epilepsy, stroke, paralysis, paresis, muscle weakness, chronic headache, mental illness, depression, alzheimer's disease, disease of brain and meninges or nervous system disease.</p>	<p>มี/เคย Yes <input type="checkbox"/> ไม่มี/ไม่เคย No <input type="checkbox"/></p>	



		มี/เคย Yes	ไม่มี/ไม่เคย No	
	<p>(ซ) เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ มะเร็ง หรือมีอวัยวะส่วนเกิน ก้อน หรือคั้งเนื้อในร่างกาย Tumor, mass or cyst, cancer or supernumerary body parts, lump or polyp.</p> <p>(ญ) โรคเก๊าท์ ข้ออักเสบ หมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท ความผิดปกติและโรคเกี่ยวกับกระดูก ข้อและกล้ามเนื้อ ปวดข้อเรื้อรัง Gout, arthritis, herniated disc or herniated nucleus pulposus, abnormal bone, joint and muscle, chronic arthralgia.</p> <p>(ฎ) โรคเอสแอลอี Systemic lupus erythematosus.</p> <p>(ฏ) การมองเห็นผิดปกติ สายตาพิการ โรคจอประสาทตา โรคต้อหิน โรคต้อกระจก การได้ยินผิดปกติ โรคประสาทหูเสื่อม คิดเชื่อในหูชั้นกลาง การพูดผิดปกติ ไชน์สอ๊กเสบ Impaired sight, visual impairment, macular degeneration, glaucoma, cataract, hearing disorder, hearing loss, otitis media, speech disorder, sinusitis.</p> <p>(ฐ) อาการหรือโรคโลหิตจาง โรคเลือด จำเลือด ม้ามโต Anemia, blood disease, purpuric rash, splenomegaly.</p> <p>(ฑ) มีความบกพร่องทางร่างกายหรือจิตใจและอย่างอื่น หรือเคยเข้ารับการรักษาคือเป็นคนไข้ในโรงพยาบาลด้วยการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ Any other physical or mental disorder, or being treated as inpatient in hospital for illness or injury.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	<p>ท่านมีส่วนร่วมในอาชีพหรือกีฬาที่มีความเสี่ยง เช่น ขับเครื่องบินโดยสาร เครื่องบินที่ไม่ใช่สายการบินพาณิชย์ ดำน้ำลึก แข่งรถยนต์ จักรยานยนต์ โดครัม แข่งเรือเร็ว สกี เจ็ทสกี ชกมวย แข่งม้า ฯลฯ หรือไม่ Do you engage in any risky sport or occupation, for example, flying an airplane, travelling on an aircraft that is not a commercial airline, scuba diving, motor racing, bike racing, parachuting, speed boat racing, skiing, jet skiing, boxing, horse racing?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	<p>เอดส์ AIDS</p> <p>(ก) ท่านหรือบุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา สามี ภรรยา หรือพี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา) เคยได้รับการรักษาหรือคำแนะนำเกี่ยวกับ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์หรือ อาการที่สัมพันธ์กับโรคเอดส์ หรือไม่ Have you or your family member (father, mother, husband, wife and/or sibling) ever been treated or received any advice about sexually transmitted diseases, AIDS or AID-related symptoms?</p> <p>(ข) ท่านเคยได้รับการตรวจหาเชื้อเอดส์หรือไม่ ถ้าเคยระบุผลของการตรวจและวันที่ได้รับการตรวจ Have you ever had an HIV test? If yes, please specify the result and date of the examination.</p> <p>(ค) ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลดลง ท้องเสียเรื้อรัง ต่อมน้ำเหลืองโต และมีโรคผิวหนังเรื้อรัง หรือไม่ During the past 3 months, did you experience any fatigue, weight loss, chronic diarrhea, lymphnode enlargement and chronic skin disease?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	<p>ในช่วงเวลา 5 ปี ที่ผ่านมาท่านเคยได้รับการตรวจเลือด ปัสสาวะ เอกซเรย์ รวมทั้ง CT คลื่นไฟฟ้าหัวใจ อัลตราซาวด์ ตรวจมะเร็ง ตรวจชิ้นเนื้อหรือการตรวจพิเศษอื่นๆ หรือไม่ (โปรดระบุผล) During the past 5 years, have you ever had any blood test, urine test, X-ray, CT scan, electrocardiogram, ultrasound, cancer test, biopsy or another special test? (please specify)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	<p>บุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา หรือพี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา) ของท่าน ป่วยหรือถึงแก่กรรมด้วยโรคมะเร็ง เบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง วัณโรค ความดันโลหิตสูง โรคไต โรคจิตเวช โรคเลือด โรคเกี่ยวกับระบบประสาท และสมอง หรือโรคทางกรรมพันธุ์ หรือไม่ (โปรดระบุเพียงชื่อโรค) Have any of your family member (father, mother, or sibling) suffered or died from cancer, diabetes, heart disease, stroke, tuberculosis, hypertension, kidney disease, psychosis, blood disease, nervous and brain disease or genetic disease? (please specify only the disease)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	<p>เฉพาะผู้ขอเอาประกันภัยที่เป็นเพศหญิง For female applicant only</p> <p>(ก) ท่านกำลังตั้งครรภ์หรือไม่ ถ้าตั้งครรภ์ ระบุอายุครรภ์ (กี่สัปดาห์/เดือน) Are you now pregnant? If yes, how many week(s)/month(s)?</p> <p>(ข) ท่านเคยมีอาการแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ครั้งนี้หรือครั้งก่อนๆ หรือไม่ ถ้ามี ระบุรายละเอียด Have you ever had any complication in this or any previous pregnancy? If yes, please specify details.</p> <p>(ค) ท่านเคยสังเกตเห็นหรือเคยถูกตรวจพบว่ามีเนื้องอก ก้อน หรือถุงน้ำ ที่เต้านม หรือไม่ Have you ever noticed or been examined to have any lump mass or cyst of the breasts?</p> <p>(ง) ท่านเคยได้รับการตรวจและแนะนำให้รับการตรวจเต้านมโดยเอกซเรย์ (Mammogram) ตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ หรือทำอัลตราซาวด์อุ้งเชิงกรานหรือการตรวจมะเร็งปากมดลูก (Pap smear) หรือไม่ ถ้าเคยระบุ วันที่ตรวจ สถานที่ตรวจและ ผลการตรวจ Have you ever had and been advised to have a mammogram, biopsy or ultrasound of the pelvis or pap smear test? If yes, please specify the date, place and result of the examination.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

(ลงชื่อ/Signature).....
 (.....)
 แพทย์ผู้ตรวจ/Physician's Name
 Medical License No



ข้อความยืนยันข้อมูลและการให้ความยินยอม

Confirmation on declarations and consent

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ทุกข้อมูลในหนังสือฉบับนี้ รวมถึงข้อมูลที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แสดงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย

I hereby confirm that every answer I have given in this life insurance application and every declaration to the attending physician are true and correct in all respects. I understand that if I omit to disclose any fact, the Company may decline the application and contractual claim.

2. ข้าพเจ้าและ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้

I and/or my legal representative give consent to physician or insurance company or medical center or any other individual(s) that has my and/or the minor's information pertaining to health, disability, sexual behavior, biological information, genetic information, or racial or will have in the future, to disclose such information to the Company or its representatives for the purposes of insurance application, underwriting or policy benefit payment.

3. ข้าพเจ้าและ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย

I and/or my legal representative give consent to the Company to collect, use, or disclose my and/or the minor's information pertaining to health, disability, sexual behavior, biological information, genetic information, or racial to other insurance companies, reinsurance brokers, reinsurance companies, legal authorities, medical centers, physicians, medical profession personnel, life insurance agents or life insurance brokers for the purposes of insurance application, underwriting or policy benefit payment.

4. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใดๆที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย

I understand that if I withdraw the consent given to the Company under item 2. or item 3. above, it will affect the Company's underwriting, insurance policy benefit payment or any services in connection with insurance policy, which will consequently cause the Company to be unable to perform as stated under the terms and conditions of the insurance policy, with the result that I will not be able to receive coverage according to the insurance policy.

5. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน www.muangthai.co.th/th/privacy-policy รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียด การเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th

I hereby acknowledge that the Company will collect, use, disclose and/or transfer my personal data as well as my sensitive data for the purposes of insurance application, underwriting, insurance policy benefit payment according to the Company's Personal Data Protection Policy as shown in www.muangthai.co.th/th/privacy-policy I also acknowledge that the Company will disclose my personal data to the Office of Insurance Commission (OIC) for the benefit of an insurance supervision and promotion of life insurance business according to the laws pertaining to life insurance and the Office of Insurance Commission. Details of the OIC's collection, use and disclosure are subject to the OIC's Personal Data Protection Policy as shown in www.oic.or.th.

6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย

In the event I disclose personal data of any other person(s), besides mine, to the Company for the purposes of insurance application, underwriting, or insurance policy benefit payment.

(1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)

I hereby represent and warrant that I have already verified the accuracy and completeness of personal data of others that I have provided to the Company. I will keep the Company notified if there is any change to the given personal data of others.

(2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ

I hereby represent and warrant that I have already received consent or have relied on a lawful basis for collecting, using, disclosing and/or transferring personal data of others in pursuance of applicable laws.

(3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว www.muangthai.co.th/th/privacy-policy นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท ซึ่งมีกรแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th



I hereby represent and warrant that I have already informed the others of the Company's Personal Data Protection Policy www.muangthai.co.th/th/privacy-policy The Office of Insurance Commission (OIC) has already been notified by me about the objectives of the collection, use, disclosure and/or transfer of personal data for the benefit of an insurance supervision and promotion of life insurance business according to the laws pertaining to life insurance and the Office of Insurance Commission. The OIC will collect, use, disclose and/or transfer personal data of others according to the OIC's Personal Data Protection Policy as shown in www.oic.or.th.

(4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอน ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

I hereby represent and warrant that the Company and the Office of Insurance Commission can collect, use, disclose and/or transfer personal data of others according to the objectives specified in the applicable personal data protection policies of the Company and of the OIC which might be amended occasionally, as well as all objectives specified in this document and in other related insurance application documents.



สแกนเพื่ออ่านรายละเอียด
นโยบายความเป็นส่วนตัว
Scan for details of
Privacy Policy

เขียนที่/Writing at..... วันที่/Date..... เดือน/Month..... พ.ศ./B.E เวลา/Time

(ลงชื่อ/Signature).....

(.....)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

Witness/Life Insurance Agent/Life Insurance Broker Insurance Applicant

(ลงชื่อ/Signature).....

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย/Insurance Applicant

(ลงชื่อ/Signature).....

(.....)

พยาน/Witness

(ลงชื่อ/Signature).....

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม/

ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัย อายุมากกว่า 10 ปีแต่ไม่ถึง 20 ปี

ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัยลงนามในส่วนนี้เพิ่มเติม)

Giving Consent as

Legal Representative/Legal Guardian of the Insurance Applicant

(In case the insurance applicant is a minor.)

(If the insurance applicant is over 10 years old but less than 20 years old,

Legal Representative/Legal Guardian of the Insurance Applicant must sign this section.)

หมายเหตุ/Remark:

1. กรณีพิมพ์ลายนิ้วมือแทนการลงลายมือชื่อจะต้องมีพยานลงนามรับรองลายพิมพ์นิ้วมือ 2 ท่าน

In case of signing by fingerprint, signatures of 2 witnesses must be completely provided.

2. พยานถือว่าเป็นการรับรองลายมือชื่อของผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย

Witnesses certify signature of insurance applicant/legal representative/legal guardian of the insurance applicant.



MEDICAL EXAMINER 'S REPORT FOR INSURANCE APPLICANT AGED 15 YEARS AND OVER

Applicant's name..... Sex.....Age.....Marital status.....Occupation.....					
10	Height (Cm).....Weight (Kg).....Chest force inspiration (Cm)..... Chest force expiration (Cm)..... Abdomen (Cm).....	Yes	No	If yes, please specify	
11	(a) Is the applicant personally known to you? If yes, for how long?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(b) Have you attended applicant professionally? If yes, for what illness and when?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(c) General appearance	<input type="checkbox"/> Strong <input type="checkbox"/> Weak	<input type="checkbox"/> Obese <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Thin		
	Pale <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Icteric <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Edema <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
12	Do you find or suspect any evidence of present or past diseases or abnormalities of				
	(a) Respiratory system (including abnormal breath sounds and dullness on percussion)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(b) Central nervous system (including reflexes, gait and paralysis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(c) Genito-urinary system?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
13	(d) Abdomen (including abnormal masses such as tumor, liver or kidney or spleen enlargement, hernia and hemorrhoids)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(e) Skin, muscle, spine, bone and joints (including deformity)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(f) Eyes (including visual acuity), Ears (including hearing loss and ear discharge), Nose or throat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(g) Thyroid or other endocrine glands?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(h) Blood or blood forming organs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(i) Breast (including lump or lesion in the breast)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(a) Does he/she have any visible growth, tumor or enlargement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(b) Is there any significant change in his/her appetite, weight and bowel habits?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
14	Blood pressure (If >140/90 mmHg, reexamine after resting for 5 minutes.) (1) (2) Systolic <input type="text"/> <input type="text"/> Diastolic <input type="text"/> <input type="text"/>	15.	Pulse at rest (If >90/min, reexamine after resting for 5 minutes or If <60/min, reexamine after exercise for 5 minutes.) (1) (2) Rate/min. <input type="text"/> <input type="text"/> Regularity Yes <input type="text"/> No <input type="text"/>		
16	Cardiovascular System				
	(a) Apex beat at.....(State intercostal space and relation to mid-clavicular line)				
	(b) Cardiac enlargement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(c) Cardiac murmur (If yes, please describe location, timing, intensity, transmission.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
17	(d) Do you suspect any abnormality in the heart or vascular system? If yes, please specify.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Urinalysis : Appearance (color, turbidity) Sp.Gr. Protein Sugar Occult Blood Others(specify)				
18	(a) Are you aware of any unfavorable factors likely to affect the applicant's health?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(b) Do you recommend any additional examinations, tests or reports? If yes, please specify.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

I hereby certify that I have examined aton this date...../...../.....time.....Signature.....M.D.
(.....)
Medical License No.

