

ตัวอย่างของผู้ขอใบประกันภัยที่ให้แก่แพทย์ผู้ตรวจสุขภาพ
สำหรับผู้ขอใบประกันภัย อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป

๓. **คำเตือน** ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบ
 ธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัย ต้องตอบคำถามตามความเป็นจริง
 ทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงอาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิต
 ปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวล
 กฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา ๘65

[illegible]

6	เอดส์ (ก) ท่านหรือบุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา สามี ภรรยา หรือพี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา) เคยได้รับการรักษาหรือคำแนะนำเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์หรือ อาการที่สัมพันธ์กับโรคเอดส์ หรือไม่ (ข) ท่านเคยได้รับการตรวจหาเชื้อเอดส์หรือไม่ ถ้าเคยระบุผลของการตรวจและวันที่ได้รับการตรวจ (ค) ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการอ่อนเพลีย น้ำหนักตัวลด ท้องเสียเรื้อรัง ต่อมน้ำเหลืองโต และมีโรคผิวหนังเรื้อรัง หรือไม่	มี/เคย ☐ ไม่มี/ไม่เคย ☐	
7	ในช่วงเวลา 5 ปี ที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจเลือด ปัสสาวะ เอกซเรย์ รวมทั้ง CT คลื่นไฟฟ้าหัวใจ อัลตราซาวด์ ตรวจมะเร็ง ตรวจชิ้นเนื้อหรือการตรวจพิเศษอื่นๆ หรือไม่ (โปรดระบุผล)	☐ ☐	
8	บุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา หรือพี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา) ของท่าน ป่วยหรือถึงแก่กรรมด้วยโรคมะเร็ง เบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง วัณโรค ความดันโลหิตสูง โรคไต โรคจิตเวช โรคเลือด โรคเกี่ยวกับระบบประสาท และสมอง หรือโรคทางกรรมพันธุ์ หรือไม่ (โปรดระบุเพียงชื่อโรค)	☐ ☐	
9	เฉพาะผู้ขอเอาประกันภัยที่เป็นเพศหญิง (ก) ท่านกำลังตั้งครรภ์หรือไม่ ถ้าตั้งครรภ์ ระบุอายุครรภ์ (กี่สัปดาห์/เดือน) (ข) ท่านเคยมีอาการแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ครั้งนี้หรือครั้งก่อนๆ หรือไม่ ถ้ามี ระบุรายละเอียด (ค) ท่านเคยสังเกตหรือเคยถูกตรวจพบว่ามีเนื้องอก ก้อน หรือถุงน้ำ ที่เต้านม หรือไม่ (ง) ท่านเคยได้รับการตรวจและแนะนำให้รับการตรวจเต้านมโดยเอกซเรย์ (Mammogram) ตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ หรือทำอัลตราซาวด์เชิงกรานหรือการตรวจมะเร็งปากมดลูก (Pap smear) หรือไม่ ถ้าเคย ระบุ วันที่ตรวจ สถานที่ตรวจและ ผลการตรวจ	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	

(ลงชื่อ).....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

Medical License No



ข้อความยืนยันด้วยแสดงและการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ทุกข้อมูลในหนังสือฉบับนี้ รวมถึงข้อมูลที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แสดงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้าและ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
- 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
- ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อการพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
- 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
- เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้ไว้ (หากมี)
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว www.muangthai.co.th/th/privacy-policy นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. เวลา.....



สแกนเพื่ออ่านรายละเอียด
นโยบายความเป็นส่วนตัว

(ลงชื่อ).....

(.....)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ).....

(.....)

พยาน

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม/

ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัย อายุมากกว่า 10 ปีแต่ไม่ถึง 20 ปี

ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัยลงนามในส่วนนี้เพิ่มเติม)

หมายเหตุ :

1. กรณีพิมพ์ลายนิ้วมือแทนการลงลายมือชื่อจะต้องมีพยานลงนามรับรองลายพิมพ์นิ้วมือ 2 ท่าน

2. พยานถือว่าเป็นการรับรองลายมือชื่อของผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย



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?				☐	☐												
	(b) Have you attended applicant professionally? If yes, for what illness and when?				☐	☐												
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:20%;">(c) General appearance</td> <td style="width:20%;">☐ Strong ☐ Weak</td> <td style="width:20%;">☐ Obese</td> <td style="width:20%;">☐ Moderate</td> <td style="width:20%;">☐ Thin</td> </tr> <tr> <td>Pale ☐ Yes ☐ No</td> <td>Icteric ☐ Yes ☐ No</td> <td>Edema</td> <td>☐ Yes</td> <td>☐ No</td> </tr> </table>				(c) General appearance	☐ Strong ☐ Weak		☐ Obese	☐ Moderate	☐ Thin	Pale ☐ Yes ☐ No	Icteric ☐ Yes ☐ No	Edema	☐ Yes	☐ No			
	(c) General appearance	☐ Strong ☐ Weak	☐ Obese	☐ Moderate	☐ Thin													
	Pale ☐ Yes ☐ No	Icteric ☐ Yes ☐ No	Edema	☐ Yes	☐ No													
(d) Does he/she look older than his/her age?				☐	☐													
(e) Do you suspect any abnormal mentality or behavior? If yes, please describe.				☐	☐													
	(f) Do you suspect any alcohol, drug, narcotic abuse or addiction? If yes, please specify.				☐	☐												
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)?				☐	☐												
	(b) Central nervous system (including reflexes, gait and paralysis)?				☐	☐												
	(c) Genito-urinary system?				☐	☐												
	(d) Abdomen (including abnormal masses such as tumor, liver or kidney or spleen enlargement, hernia and hemorrhoids)?				☐	☐												
	(e) Skin, muscle, spine, bone and joints (including deformity)?				☐	☐												
	(f) Eyes (including visual acuity), Ears (including hearing loss and ear discharge), Nose or throat?				☐	☐												
	(g) Thyroid or other endocrine glands?				☐	☐												
	(h) Blood or blood forming organs?				☐	☐												
	(i) Breast (including lump or lesion in the breast)?				☐	☐												
13	(a) Does he/she have any visible growth, tumor or enlargement?				☐	☐												
	(b) Is there any significant change in his/her appetite, weight and bowel habits?				☐	☐												
14	Blood pressure (If >140/90 mmHg, reexamine after resting for 5 minutes.)		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)	(1)	(2)														
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">Systolic</td> <td style="width:50%;"></td> </tr> <tr> <td>Diastolic</td> <td></td> </tr> </table>		Systolic					Diastolic		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">Rate/min.</td> <td style="width:50%;"></td> </tr> <tr> <td>Regularity</td> <td>Yes ☐ No ☐</td> </tr> </table>		Rate/min.		Regularity	Yes ☐ No ☐			
Systolic																		
Diastolic																		
Rate/min.																		
Regularity	Yes ☐ No ☐																	
16	Cardiovascular System				☐	☐												
	(a) Apex beat at.....(State intercostal space and relation to mid-clavicular line)																	
	(b) Cardiac enlargement																	
	(c) Cardiac murmur (If yes, please describe location, timing, intensity, transmission.)																	
	(d) Do you suspect any abnormality in the heart or vascular system? If yes, please specify.				☐	☐												
17	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:20%;">Urinalysis : Appearance (color, turbidity)</td> <td style="width:10%;">Sp.Gr.</td> <td style="width:10%;">Protein</td> <td style="width:10%;">Sugar</td> <td style="width:10%;">Occult Blood</td> <td style="width:20%;">Others(specify)</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </table>				Urinalysis : Appearance (color, turbidity)	Sp.Gr.	Protein	Sugar	Occult Blood	Others(specify)								
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?				☐	☐												
	(b) Do you recommend any additional examinations, tests or reports? If yes, please specify.				☐	☐												

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

