

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้เอาประกันภัย
ต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิต
ปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

คำแนะนำ กรณีต่ออายุสำหรับแบบประกันที่ไม่ต้องตอบคำถามสุขภาพ ตอบข้อ 1-8 เท่านั้น

หนังสือรับรองสุขภาพ (HC)

ใช้เพื่อขอ

- ต่ออายุกรมธรรม์/กลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์
 ต่ออายุกรมธรรม์แบบเปลี่ยนวันเริ่มสัญญา
 ชื้อสัญญาเพิ่มเติม / เพิ่มความคุ้มครองสัญญาเพิ่มเติม
 เพิ่มจำนวนเงินเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ _____

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของผู้เอาประกันภัย

1. ชื่อ-นามสกุล _____ อายุ _____ ปี วัน/เดือน/ปี เกิด _____ / _____ / _____
สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า เลขที่บัตรประชาชน/หนังสือเดินทาง _____ วันบัตรหมดอายุ _____
ที่อยู่ปัจจุบัน _____ โทรศัพท์สำหรับติดต่อ _____
สถานที่ทำงาน _____ ที่อยู่ทำงาน _____
โทรศัพท์ที่ทำงาน _____ Email _____

2. อาชีพปัจจุบัน _____ ส่วนสูง _____ ซม. น้ำหนัก _____ กก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัว
ตำแหน่ง _____ รายได้ต่อปี _____ บาท ของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ไม่เปลี่ยน เปลี่ยน
ลักษณะงานที่ทำ _____ ถ้าเปลี่ยน เพิ่มขึ้น _____ กก. ลดลง _____ กก.
ลักษณะธุรกิจ _____ สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยน _____

3. ท่านมีประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่มี มี ดังนี้

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย			เงินชดเชยรายวัน	สัญญา มีผลบังคับหรือไม่
	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ		

4. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม
หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

5. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ ไม่ดื่ม/ไม่เคย ดื่ม/เคยดื่ม
ถ้าดื่ม/เคยดื่ม ระบุชนิด _____ ปริมาณ _____ ขวด/ครั้ง ความถี่ _____ ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน _____ ปี เลิกดื่มเมื่อ _____

6. ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่ ไม่สูบบุหรี่/ไม่เคย สูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่
โปรดระบุปริมาณ _____ มวน/วัน สูบมานาน _____ ปี เลิกสูบบุหรี่เมื่อ _____

ส่วนที่ 2 ข้อมูลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยกรณีผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เยาว์ซึ่งเป็นผู้เอาประกันภัย (เฉพาะกรมธรรม์ที่มีสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัยแนบอยู่)

7. ชื่อ-นามสกุล _____ อายุ _____ ปี วัน/เดือน/ปี เกิด _____ / _____ / _____ ความสัมพันธ์ _____
สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า เลขที่บัตรประชาชน/หนังสือเดินทาง _____ วันบัตรหมดอายุ _____
ที่อยู่ปัจจุบัน _____ โทรศัพท์สำหรับติดต่อ _____
สถานที่ทำงาน _____ ที่อยู่ทำงาน _____
โทรศัพท์ที่ทำงาน _____ Email _____

8. อาชีพปัจจุบัน _____ ส่วนสูง _____ ซม. น้ำหนัก _____ กก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัว
ตำแหน่ง _____ รายได้ต่อปี _____ บาท ของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ไม่เปลี่ยน เปลี่ยน
ลักษณะงานที่ทำ _____ ถ้าเปลี่ยน เพิ่มขึ้น _____ กก. ลดลง _____ กก.
ลักษณะธุรกิจ _____ สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยน _____

9. ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยมีประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่มี มี ดังนี้

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย			เงินชดเชยรายวัน	สัญญา มีผลบังคับหรือไม่
	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ		

10. ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการชดเชยคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้ หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

11. ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ ไม่ดื่ม/ไม่เคย ดื่ม/เคยดื่ม
ถ้าดื่ม/เคยดื่ม ระบุชนิด _____ ปริมาณ _____ ขวด/ครั้ง ความถี่ _____ ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน _____ ปี เลิกดื่มเมื่อ _____

12. ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่ ไม่สูบ/ไม่เคย สูบ/เคยสูบ
โปรดระบุปริมาณ _____ มวน/วัน สูบมานาน _____ ปี เลิกสูบ เมื่อ _____

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัยและผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

13. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่ (กรุณาตอบทุกข้อ) หากเคย กรุณาระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง

โรค	ผู้เอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย		โรค	ผู้เอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	
	ไม่เคย	เคย	ไม่เคย	เคย		ไม่เคย	เคย	ไม่เคย	เคย
สายตาดำพิการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคหยุดหายใจขณะหลับ	<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"/>	โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคต่อหีน	<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"/>
โรคหลอดเลือดในสมอง	<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"/>
โรคอัมพฤกษ์/โรคอัมพาต	<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"/>
โรคพาร์กินสัน	<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"/>
โรคความจำเสื่อม	<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"/>
โรคชัก	<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"/>
โรคปอดหรือปอดอักเสบ	<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"/>
โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ม้ามโต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคจิตเวช	<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"/>
โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง	<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"/>
โรคระบบประสาท	<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"/>
โรคซึมเศร้า	<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"/>
โรคสมองและเยื่อหุ้มสมอง	<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"/>
โรคของต่อมหมวกไต	<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"/>
โรคไขมันในเลือดสูง	<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"/>
โรคมัลติเพิลสเคลอโรซิส	<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"/>
โรคโลหิตจาง	<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"/>
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เนื้องอก ก้อน หรือถุงน้ำ	<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"/>	โรคมะเร็ง	<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"/>	พิการทางร่างกาย	<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"/>	ดาวนซินโดรม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

สำหรับ	โรค	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย/ การรักษา/ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (ให้ระบุว่าเป็นการได้รับการวินิจฉัย หรือการรักษาหรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	ผลการวินิจฉัย/การรักษา/ การตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์และ อาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่วินิจฉัย/รักษา /ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)
ผู้เอาประกันภัย				
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย				

14. ท่านเคยมีหรือกำลังมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่ (กรุณาตอบทุกข้อ) หากเคยมี หรือ กำลังมี กรุณาระบุอาการและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง									
อาการ	ผู้เอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย		อาการ	ผู้เอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	
	ไม่เคย	เคย	ไม่เคย	เคย		ไม่เคย	เคย	ไม่เคย	เคย
การมองเห็นผิดปกติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ภาวะการมีโปรตีนปนในปัสสาวะ	<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"/>	ท้องเสียเรื้อรัง	<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"/>	คลำพบก้อนเนื้อ	<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"/>	ท้องมาน	<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"/>	ตัวเหลือง ตาเหลือง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ไอเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	การได้ยินผิดปกติ	<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"/>	การพูดผิดปกติ	<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"/>	ท้องผูกเรื้อรัง	<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"/>	ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ	<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"/>	เฉพาะสตรี				
จำเลือด	<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"/>
อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด	<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"/>
มีเลือดปนในปัสสาวะ	<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"/>
สำหรับ	อาการ				วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มมีอาการ	อาการปัจจุบัน			
ผู้เอาประกันภัย									
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย									

15. ประวัติสุขภาพในช่วงเวลาที่ผ่านมา						ผู้เอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	
						ไม่เคย	เคย	ไม่เคย	เคย
ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือท่านเคยได้รับการตรวจสุขภาพหรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค (เช่น ความดันโลหิต การตรวจปัสสาวะ การตรวจเอ็กซเรย์ การตรวจเลือด การตรวจเอ็มอาร์ไอ (MRI) การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจโดยการส่องกล้อง การตรวจแมมโมแกรม การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ การตรวจแบบอื่น ๆ) หรือรับการผ่าตัด หรือการแนะนำจากแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์ทางเลือกเพื่อรับการรักษาใด ๆ หรือไม่						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
สำหรับ	โรคและ/หรือรายการตรวจ		วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการตรวจ/รักษา		ผลการตรวจรักษา	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)			
ผู้เอาประกันภัย									
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย									

ส่วนที่ 4 คำถามเพิ่มเติมสำหรับผู้เอาประกันภัย สำหรับการขอซื้อ/ขอเพิ่มความคุ้มครองสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพ หรือ โรคร้ายแรง หรือ โรคมะเร็ง /การต่ออายุกรมธรรม์ที่มีสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพ หรือโรคร้ายแรง หรือ โรคมะเร็ง แนบอยู่

16. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่ามีอาการหรือป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่			
<input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี		หากเคย/มี ทำเครื่องหมายในช่อง <input type="checkbox"/> (ตอบทุกอาการ/โรคที่เคย/มี) และระบุอาการหรือโรคตามรายละเอียดด้านล่าง	
<input type="checkbox"/> ติดเชื้อในหูชั้นกลาง	<input type="checkbox"/> กรดไหลย้อน	<input type="checkbox"/> เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่	<input type="checkbox"/> ออทิสติก
<input type="checkbox"/> ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> สะเก็ดเงิน	<input type="checkbox"/> ภาวะถุงน้ำดีเคลื่อน/คด/เสื่อม	<input type="checkbox"/> สมาธิสั้น
<input type="checkbox"/> ไชน์ส้ออักเสบ	<input type="checkbox"/> ถุงน้ำดีอักเสบ	<input type="checkbox"/> หมอนรองกระดูกเคลื่อน หรือทับเส้นประสาท	<input type="checkbox"/> โรคกระเพาะอาหารอักเสบเรื้อรัง
<input type="checkbox"/> ปวดศีรษะไมเกรน	<input type="checkbox"/> ไส้เลื่อน	<input type="checkbox"/> ข้อเสื่อม	<input type="checkbox"/> โรคประสาทหูเสื่อม
<input type="checkbox"/> ภูมิแพ้	<input type="checkbox"/> ริดสีดวงทวาร	<input type="checkbox"/> เส้นประสาทอักเสบหรือถูกเบียดทับ	<input type="checkbox"/> ความผิดปกติและโรคเกี่ยวกับต่อมลูกหมาก
<input type="checkbox"/> หลอดลมอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ฝีคัมพัสสูตร	<input type="checkbox"/> ความผิดปกติและโรคเกี่ยวกับต่อมลูกหมาก	<input type="checkbox"/> ความผิดปกติและโรคเกี่ยวกับต่อมลูกหมาก
<input type="checkbox"/> เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง			
อาการ และ/หรือ โรค	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย/การรักษา/ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (ให้ระบุว่าเป็นการได้รับการวินิจฉัยหรือการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)		ผลการวินิจฉัย/การรักษา/การตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์และอาการปัจจุบัน
			สถานพยาบาลที่วินิจฉัย/รักษา /ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

ส่วนที่ 5 ข้อความยินยอมยินยอมแปลงของผู้เอาประกันภัยและ/หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัยและการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในหนังสือรับรองสุขภาพ (HC) นี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าหากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2 หรือข้อ 3 ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อ การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลก่อนไหวของข้าพเจ้าเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน <https://samsunglife.co.th/privacy-policy/> รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่ สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ <https://www.oic.or.th>
- เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผยและ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้วตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ <https://samsunglife.co.th/privacy-policy/> ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคล สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตาม นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ <https://www.oic.or.th>
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้น ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราวรวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

เขียนที่ _____

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

(ลงชื่อ) _____
(.....)

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย / พยาน

(ลงชื่อ) _____
(.....)

ผู้เอาประกันภัย
(ผู้เอาประกันภัยที่อายุ 10 ปีขึ้นไปจะต้องลงนามด้วยตนเอง)

(ลงชื่อ) _____
(.....)

พยาน

(ลงชื่อ) _____
(.....)

ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เอาประกันภัย
(กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

หมายเหตุ

- กรมธรรม์ผู้เยาว์ที่มีสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (PB) แบนอยู่ ให้ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยลงนามด้วย
- หากผู้เอาประกันภัยลงชื่อโดยการพิมพ์ลายนิ้วมือ จะต้องระบุว่าเป็นนิ้วมือใด ข้างไหนของบุคคลใด และพยานลงชื่อรับรอง 2 ท่าน