



สหประกันชีวิต
SAHA LIFE INSURANCE

บริษัท สหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

36/179, 36/183, 36/186 ถนนมอเตอรเวย์ แขวงคลองสองต้นนุ่น เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร 10520

โทร. 0-2379-5099 โทรสาร 0-2379-5466, 0-2731-7727-28

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้เอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่ง และพาณิชย์ มาตรา 865

หนังสือรับรองสุขภาพ และข้อมูลพื้นฐานของผู้เอาประกันภัย

ชื่อผู้เอาประกันภัย..... กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....
 อายุ.....ปี ที่อยู่..... ชื่อตัวแทน.....รหัส.....
 สหกรณ์.....
 โทรศัพท์..... จังหวัด.....

ส่วนที่ 1 วัตถุประสงค์ในการจัดทำหนังสือรับรองสุขภาพและข้อมูลพื้นฐาน

เพื่อใช้ในการประกอบการพิจารณา

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> การขอกลับสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์ | <input type="checkbox"/> การขอยกเลิก หรือลดอัตราเบี้ยประกันภัยที่ผูกเพิ่ม |
| <input type="checkbox"/> การขอต่ออายุกรมธรรม์ | <input type="checkbox"/> การขอทำสัญญาเพิ่มเติมอุบัติเหตุ |
| <input type="checkbox"/> การขอเปลี่ยนแปลงจำนวนเงินเอาประกันภัย | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> การขอเปลี่ยนแปลงกรมธรรม์ประกันภัย | <input type="checkbox"/> |

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้เอาประกันภัย

- (ก) อาชีพและหน้าที่การงานประจำวันของท่าน? (ก)
- (ข) รายได้ต่อปี? (ข)
- (ค) ท่านใช้รถจักรยานยนต์หรือไม่? (ค) ใช่ ไม่ใช่
- (ง) ชื่อสถานที่ทำงาน/นายจ้าง ที่อยู่และลักษณะธุรกิจ? (ง)

- (จ) โปรดให้ข้อมูลเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันชีวิตของท่าน ที่มีอยู่กับบริษัทต่างๆ ทุกบริษัท รวมทั้งบริษัท สหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ด้วย
- กรมธรรม์ที่มีผลบังคับอยู่ โปรดให้เครื่องหมาย * ไว้หน้าชื่อบริษัท
 - กรมธรรม์ที่กำลังยื่นคำขอเอาประกันภัยอยู่ โปรดให้เครื่องหมาย ✓ ไว้หน้าชื่อบริษัท

ชื่อบริษัท	จำนวนเงิน เอาประกันชีวิต (บาท)	จำนวนเงิน เอาประกันภัยอุบัติเหตุ (บาท)	วัน/เดือน/ปี ที่ออกกรมธรรม์ วัน/เดือน/ปี ที่ยื่นใบคำขอ
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้เอาประกันภัย

1. (ก) น้ำหนักของท่านในปัจจุบัน? (ก) น้ำหนัก.....กก. น้ำหนักไม่เปลี่ยน
 น้ำหนักเปลี่ยนจากปีที่แล้ว เพิ่ม ลด.....กก.
 สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยน.....
- (ข) ท่านมีอะไรทางร่างกายบกพร่องหรือไม่? (ข) มี ไม่มี (ถ้ามีโปรดแจ้งรายละเอียด)

- (ค) เฉพาะสตรี ท่านกำลังมีครรภ์หรือไม่? (ค) มี.....เดือน ไม่มี

2. ท่านเคยเสพลั้งเสพลัดให้โทษ เช่น ยาม้าหรือยาบ้า โคเคน กัญชา ฝิ่น เฮโรอีน ไอระเหย หรือเสพลูรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นประจำ หรือเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรัง หรือโรคเกี่ยวกับสิ่งเสพลัดหรือไม่?
 เคย (ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียด)

 ไม่เคย

3. ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมาท่านเคย
 (ก) รับการตรวจรักษาทางการแพทย์ใด ๆ เช่น ตรวจปัสสาวะ ตรวจเลือด ตรวจความดันโลหิต เอ็กซเรย์ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หรือรับการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค ด้วยเครื่องมือทางการแพทย์อื่น ๆ หรือไม่ ?
 เคย ไม่เคย
- (ข) ป่วยเป็นไข้ หรือเป็นโรค หรือได้รับบาดเจ็บต้องเข้ารับการรักษา หรือผ่าตัด ในสถานพยาบาล หรือไม่ ?
 เคย ไม่เคย

ในกรณีที่ตอบรับข้อใดข้อหนึ่ง กรุณาแจ้งรายละเอียดในตาราง

กรณีตาม (ก) ตรวจอะไรบ้าง	เหตุที่เข้ารับการตรวจ	ผลการตรวจ	ชื่อและสถานที่ทำการของแพทย์/โรงพยาบาล
	<input type="checkbox"/> ตรวจสอบสุขภาพตามปกติ <input type="checkbox"/> ตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค <input type="checkbox"/> ตรวจหาเชื้อ H.I.V.		
กรณีตาม (ข) ป่วยเป็นโรคอะไร	วิธีการรักษา	ระยะเวลาการรักษา	ชื่อและสถานที่ทำการของแพทย์/โรงพยาบาล
	<input type="checkbox"/> กินยา <input type="checkbox"/> ผ่าตัด <input type="checkbox"/> ต้องนอนโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล	ระหว่างวันที่..... ถึงวันที่.....	

Part IV (to be completed by authorised Medical Examiner when required under Company's rules)						
Name of Insured		Signature of Insured <small>(to sign in front of Doctor)</small>		Date of Birth	Sex _____	Race
Height	Weight	Chest <small>(force inspiration)</small>	Chest <small>(force expiration)</small>	Abdomen <small>(at umbilicus)</small>	DETAILS of "YES" answers and comment (identify Item)	
1. a. Are you personally or professionally acquainted with the applicant ? If so how long?				Yes	No	
b. Does the applicant to be unhealthy or older than stated age ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Is there any reason to suspect intemperate habits ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Are there any identification marks (such as birthmarks, etc.) ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Do you find any evidence of past or present disease or abnormality of.-						
a. Respiratory system (lungs, pleura chest wall) ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Central or peripheral nervous system (including reflexes, gait, paralysis) ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Genito-urinary system ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Abdomen (including stomach, liver spleen, hernias) ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Skin, bones or joints (including varicose veins, deformities, lameness, amputations)?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. Eyes, ears, throat and mouth (including impairment of sight or hearing) ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. Thyroid or other endocrine gland or metabolic diseases ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h. Others not mentioned above?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Blood Pressure		Systolic	Diastolic			
Pulse	Rate per minute	Irregularities per minute				
4. HEART: Apex Beat located in.....intercostal space.....inches to the left of MIDSTERNAL line. Is there any						
a. Arteriosclerosis or aneurysm ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Cardiac enlargement or oedema ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Murmur-(if murmur is present, describe below) ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Location	<input type="checkbox"/> apex	<input type="checkbox"/> base-over.....area				
Timing	<input type="checkbox"/> systolic	<input type="checkbox"/> diastolic	<input type="checkbox"/> presystolic			
Intensity:	<input type="checkbox"/> soft	<input type="checkbox"/> moderate	<input type="checkbox"/> loud			
Transmission:	<input type="checkbox"/> none	<input type="checkbox"/> axilla	<input type="checkbox"/> scapula			
After exercise	<input type="checkbox"/> absent	<input type="checkbox"/> decreased	<input type="checkbox"/> unchanged	<input type="checkbox"/> increased		
Diagnosis.....						
Do you suspect any abnormality in the heart or vascular system ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. URINALYSIS		Specific gravity	Protein	Sugar		
_____		_____	_____	_____		
6. a. Are you aware of any unfavourable features likely to affect his/her longevity						
I. in the personal or family history ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
II. disclosed by your medical examination ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Do you recommend tests or reports ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

I hereby certify that I have made this examination in private at.....on this.....day of.....

AtAM/PM

.....
(Medical Examiner)

การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าถ้อยแถลง หรือคำตอบซึ่งข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้บริษัทฯ นำถ้อยแถลงดังกล่าวไปใช้ เพื่อประกอบการพิจารณาดำเนินการ ตามวัตถุประสงค์ที่ได้ระบุไว้ในส่วนที่ 1 ของหนังสือนี้ ข้าพเจ้ายินยอม ณ ที่นี้ว่าการขอให้บริษัทฯ ดำเนินการดังกล่าว จะไม่ถือว่าล้มล้าง แม้จะได้มีการชำระเงิน หรือบันทึกรายการเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยใด ๆ จนกว่าเจ้าหน้าที่ผู้รับมอบอำนาจของบริษัทฯ จะได้พิจารณาอนุมัติโดยชอบและแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบแล้ว และข้าพเจ้ายินยอมต่อไปว่า สำหรับกรณีที่บริษัทฯ ได้ยอมรับการขอกลับสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์ หรือยอมรับการขอต่ออายุกรมธรรม์ ให้ข้อกำหนดเรื่องการไม่ได้แย่งความไม่สมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย และการเสียชีวิตด้วยการกระทำอัตวินิบาตย์ย้อนกลับมามีผลบังคับใหม่ ตั้งแต่วันที่ได้รับอนุมัติการขอกลับสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์ หรือการขอต่ออายุกรมธรรม์ เป็นต้นไป โดยข้าพเจ้ายินยอมตกลงว่า บรรดาคำตอบดังกล่าวหรือถ้อยแถลงในหนังสือนี้ ถือเป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์ประกันภัยฉบับที่บริษัทฯ ได้อนุมัติให้กลับสู่สถานะเดิม หรือให้มีการต่ออายุกรมธรรม์

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ข้าพเจ้าไม่เคยทราบว่าเป็น หรือเคยรักษาโรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์มาก่อน และข้าพเจ้าทราบดีว่าถ้าบริษัทฯ ทราบว่า ข้าพเจ้าป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์แล้ว บริษัทฯ จะไม่อนุมัติให้กรมธรรม์กลับสู่สถานะเดิม หรืออนุมัติให้ต่ออายุกรมธรรม์ หรือยกเลิก หรือลดเบี้ยประกันภัยที่ถูกเพิ่มตามค่าชอด้ระบุไว้ในส่วนที่ 1 ของหนังสือนี้

ในส่วนข้อความจริงเกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้าในส่วนที่ 3 ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์โรงพยาบาล คลินิก บริษัทประกันชีวิต หรือ องค์กร หรือสถาบัน หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งได้เคยตรวจรักษา หรือจะตรวจรักษาข้าพเจ้าในอนาคต หรือมีบันทึกหรือเรื่องราวเกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อความจริงทั้งหมดดังกล่าวให้บริษัทฯ ทราบได้ รวมทั้งยินยอมให้บริษัทฯ เปิดเผยความจริงอันเกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้า ต่อบริษัทประกันชีวิตอื่น เพื่อการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเปลี่ยนแปลงใด ๆ ของกรมธรรม์ประกันภัยของข้าพเจ้า

ทำที่..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ลงชื่อ.....ความสัมพันธ์.....
(.....)
บิดา หรือ มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม
ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันเป็นผู้เยาว์

ลงชื่อ.....ผู้ขอเอาประกันภัย
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน/ตัวแทน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)