

**บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)**

เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามา 9 ชั้น 1, 22-27
 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
 โทร. 0 2044 4000 โทรสาร 0 2044 4032 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159
 ทะเบียนเลขที่ 0107555000376 www.krungthai-axa.co.th

หนังสือรับรองสุขภาพ
 กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ -

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยผู้เอาประกันภัยต้องตอบ คำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงิน ค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

หนังสือรับรองสุขภาพเพื่อประกอบการพิจารณา <input type="checkbox"/> ขอต่ออายุ / กลับคืนสถานะกรมธรรม์ <input type="checkbox"/> ขอซื้อ / เพิ่มความคุ้มครองของสัญญาเพิ่มเติม <input type="checkbox"/> ขอเปลี่ยนแปลง / เพิ่มจำนวนเงินเอาประกันภัยหลัก <input type="checkbox"/> ขอยกเลิก / ลดอัตราเบี้ยประกันภัยเพิ่มพิเศษจากสุขภาพ	ข้อมูลผู้ให้บริการ ชื่อ-นามสกุล <input type="text"/> รหัสผู้ให้บริการ <input type="text"/> หน่วย / ภาค / สาขา <input type="text"/> โทรศัพท์มือถือ <input type="text"/>
---	---

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัย

- ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย อายุ ปี เกิดวันที่ เดือน พ.ศ.
 เลขประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทางเลขที่
 อาชีพประจำ / ตำแหน่ง ลักษณะงานที่ทำ
 สถานที่ทำงาน
 อาชีพอื่นๆ (ถ้ามี) ลักษณะงานที่ทำ
 สถานที่ทำงาน
 รายได้ต่อปี บาท ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่
- ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก. เพิ่มขึ้น กก. ลดลง กก. ไม่เปลี่ยนแปลง
 สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง
- ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่
 ไม่เคย เคย
- ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่
 ไม่เสพ / ไม่เคยเสพ เสพ / เคยเสพ ชนิด
 ปริมาณ ความถี่ ครั้ง / สัปดาห์ เสพมานาน ปี เลิกเสพเมื่อ
- ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่
 ไม่ดื่ม / ไม่เคยดื่ม ดื่ม / เคยดื่ม ชนิด
 ปริมาณ ขวด / ครั้ง ความถี่ ครั้ง / สัปดาห์ ดื่มมานาน ปี เลิกดื่มเมื่อ
- ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่
 ไม่สูบบุหรี่ / ไม่เคยสูบบุหรี่ สูบบุหรี่ / เคยสูบบุหรี่
 ปริมาณ มวน / วัน สูบมานาน ปี เลิกสูบบุหรี่เมื่อ
- บิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา ของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคกระเพาะ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบบีหรือไม่
 ไม่เป็น
 เป็น โปรดระบุ (เป็นใคร โรคอะไร อายุเมื่อเริ่มเป็น ปี)
- สามี / ภรรยา ของท่าน เป็นโรคเอดส์ (HIV) ไวรัสตับอักเสบบี ไม่เป็นโรคดังกล่าว

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (เฉพาะกรณีกรมธรรม์มีสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย)

- ชื่อ-สกุลผู้ชำระเบี้ยประกันภัย อายุ ปี เกิดวันที่ เดือน พ.ศ.
 เลขประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทางเลขที่
- ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก. เพิ่มขึ้น กก. ลดลง กก. ไม่เปลี่ยนแปลง
 สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง
- สามี / ภรรยา ของท่าน เป็นโรคเอดส์ (HIV) ไวรัสตับอักเสบบี ไม่เป็นโรคดังกล่าว



ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย หรือการรักษาโรคของผู้เอาประกันภัย และผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยให้ข้อมูลเฉพาะกรณี
กรณีที่มีสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย)

	ผู้เอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	
	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย
12. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษาโรคตามรายการต่อไปนี้หรือไม่				
12.1 โรคความดันโลหิตสูง, โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ, โรคหลอดเลือด, โรคหลอดเลือดในสมอง, โรคอัมพฤกษ์/โรคอัมพาต โรคเบาหวาน, โรคหัวใจ, โรคเลือด, ม้ามโต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.2 โรคมะเร็ง, โรคต่อมไทรอยด์, เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.3 โรคตับอ่อนอักเสบ, โรคไต, โรคถุงลมโป่งพอง, ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ, โรคปอดหรือปอดอักเสบ, โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, โรคสายตาสั้น, จอประสาทตา, ต้อหิน, โรคชัก, โรคพาร์กินสัน, โรคความจำเสื่อม, พิการ ทางร่างกาย, โรคซึมเศร้า, โรคจิต, โรคประสาท, ดาวน์ซินโดรม, โรคตับหรือทางเดินน้ำดี, โรคไตซ่าน, โรคไทรอยด์, โรคแผลในทางเดินอาหาร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.4 โรคข้ออักเสบ, โรคเก๊าท์, โรคหนังแข็ง, โรคเอสแอลอี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.5 โรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง, กามโรค (ภายใน 2 ปี), โรควัณโรค, โรคพิษสุราเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจสุขภาพ, การตรวจชิ้นเนื้อหรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่				
14.1 เจ็บหรือแน่นหน้าอก, ใจสั่น, กล้ามเนื้ออ่อนแรง, เหนื่อยง่ายผิดปกติ, การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ, ร่างกายสูญเสียประสาทรับความรู้สึก, จำเผลอ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.2 คลำพบก้อนเนื้อ, ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.3 การมองเห็นผิดปกติ, เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง, มีพัฒนาการช้า, ปวดท้องเรื้อรัง, อาเจียนหรือถ่ายเป็น เลือด, ท้องมาน, ท้องเสียเรื้อรัง, มีเลือดปนในปัสสาวะ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.4 ปวดข้อเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.5 ไอเรื้อรัง, ไอเป็นเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา มีอาการอ่อนเพลีย, น้ำหนักลด, ไข้เรื้อรัง, ท้องเดินเรื้อรัง, โรคผิวหนังเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการพิจารณารับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการขอเอา ประกันภัย หรือการขอลดคืนมูลค่าสถานะเดิม หรือการขอต่ออายุกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การรักษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์ เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. คำถามข้างล่างเฉพาะผู้เอาประกันภัย หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัยที่เป็นสตรี				
18.1 กำลังตั้งครรภ์	<input type="checkbox"/> เดือน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> เดือน	<input type="checkbox"/>
18.2 มีโรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ และคลอดบุตร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.3 มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด (คำถามนี้สำหรับผู้เอาประกันภัยเพื่อการขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพ หรือโรคร้ายแรง)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสงสัยเกิดจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรค ตามรายการต่อไปนี้หรือไม่				
19.1 โรคต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง, โรคกรดไหลย้อน โรคนิ้ว, โรคถุงน้ำดีอักเสบ, โรคไส้เลื่อน, โรคริดสีดวงทวาร, ฝีคันทูด, โรคภูมิแพ้, โรคไซนัสอักเสบ, โรคคอหอยอักเสบ, โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง, โรคติดเชื้อในหูชั้นกลาง, โรคปวดศีรษะไมเกรน, โรคสมาธิสั้น, เยื่อจมูกอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.2 โรคกระดูกสันหลังเคลื่อน, โรคหมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท, โรคข้อเสื่อม, โรคเส้นเอ็นอักเสบ เรื้อรัง, โรคเส้นประสาทอักเสบหรือถูกเบียดทับ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. สำหรับผู้เอาประกันภัยและผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีที่มีคำตอบ “ใช่/เคย” หรือต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม)	<input type="text"/>			

ส่วนที่ 4 การให้คำยืนยันและการมอบอำนาจของผู้เอาประกันภัย

- ข้าพเจ้าขอให้คำยืนยันว่า ถ้อยแถลงหรือคำตอบซึ่งได้ให้ไว้ข้างต้นเป็นข้อเท็จจริงที่เป็นความจริง และตกลงให้ถือเอาถ้อยแถลงหรือคำตอบดังกล่าวเป็นหลักฐานสำหรับ
ประกอบการรับประกันภัยตามคำร้องขอของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าเข้าใจและยอมรับอีกว่า แม้จะมีการชำระเบี้ยประกันภัยแล้วแต่หาก บริษัท กรุงเทพ-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด
(มหาชน) ยังไม่ได้โอนผู้รับประกันภัย การรับประกันภัยตามคำร้องขอของข้าพเจ้ายังคงไม่มีผลบังคับแต่ประการใด เป็นที่เข้าใจและตกลงกันอีกว่าข้อกำหนดทั่วไปในกรมธรรม์
เรื่องการไม่ได้แย้งหรือคัดค้านความไม่สมบูรณ์ของสัญญาประกันภัยและการฆ่าตัวตายหรือถูกฆาตกรรมจะเริ่มมีผลบังคับใหม่นับแต่วันต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่นๆ หรือบุคคลใด ซึ่งมีบันทึกเรื่องราวหรือประวัติการเจ็บป่วยของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือที่จะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อ
เท็จจริงให้แก่ บริษัท กรุงเทพ-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทได้ หนึ่งสำเนาภาพถ่ายของหนังสือรับรองสุขภาพฉบับนี้ถือว่าใช้บังคับได้สมบูรณ์
เท่าต้นฉบับจริง
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจ
ประกันภัยเพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เขียนที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่า
จำนวนเงินเอาประกันภัยที่กำหนดไว้

2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

() () () ()

พยาน/ผู้ให้บริการ/นายหน้า พยาน/ผู้ให้บริการ/นายหน้า ผู้เอาประกันภัย เจ้าของกรมธรรม์/ผู้แทนโดยชอบธรรม

