



บริษัท อากเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)  
 Southeast Life Insurance Public Company Limited  
 สำนักงานใหญ่ 315 อาคารไทยรัฐ ชั้น 8-12 ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500  
 315 Thai Group Bldg., 8-12 Fl., Silom Rd., Silom, Bangrak, Bangkok 10500  
 T: 0 2631 1331 F: 0 2236 7614 www.southeastlife.co.th ศูนย์ลูกค้า โทร. 0 2255 5656  
 นกยอนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษี Registration No. / Tax ID No. 0107555000384

## หนังสือรับรองสุขภาพ

ตัวแทน.....ใบอนุญาตเลขที่.....  
 รหัสตัวแทน.....หน่วยงาน.....  
 สาขา.....โทรศัพท์.....

**คำเตือน** ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ผู้เอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริง ทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา 865

**ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะขอเปลี่ยนแปลง และ/หรือขอกลับสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์ ดังต่อไปนี้**

- กลับสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์แบบชำระเบี้ยประกันภัยย้อนหลัง  กลับสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์แบบเปลี่ยนวันเริ่มทำสัญญาใหม่  
 ขอเปลี่ยนแปลงแบบประกันภัย / จำนวนเงินเอาประกันภัย  ขอเปลี่ยนแปลงสัญญาเพิ่มเติม  อื่นๆ (โปรดระบุ) .....

ชื่อผู้เอาประกันภัย หรือผู้เยาว์ .....อายุ.....ปี เพศ  ชาย  หญิง กรมธรรม์เลขที่.....  
 บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... สถานภาพ  โสด  สมรส  หม้าย  หย่า  
 ส่วนสูง.....ซม. น้ำหนัก.....กก. ใน 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนัก  ไม่เปลี่ยนแปลง  เพิ่ม .....กก.  ลด ..... กก. สาเหตุ.....  
 ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....  
 แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์มือถือ.....  
 ชื่อสถานที่ทำงาน.....อาคาร.....เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....  
 ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
 อาชีพ.....ตำแหน่ง.....  
 ลักษณะงานที่ทำ.....รายได้.....ต่อปี.....  
 ท่านใช้จักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่  ไม่ใช่  ใช่

ชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย .....อายุ.....ปี เพศ  ชาย  หญิง  
 บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... สถานภาพ  โสด  สมรส  หม้าย  หย่า  
 ส่วนสูง.....ซม. น้ำหนัก.....กก. ใน 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนัก  ไม่เปลี่ยนแปลง  เพิ่ม .....กก.  ลด ..... กก. สาเหตุ.....  
 ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....  
 แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์มือถือ.....  
 ชื่อสถานที่ทำงาน.....อาคาร.....เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....  
 ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
 อาชีพ.....ตำแหน่ง.....  
 ลักษณะงานที่ทำ.....รายได้.....ต่อปี.....  
 ท่านใช้จักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่  ไม่ใช่  ใช่

ท่านมีประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่

- ไม่มี  มี ถ้ามีโปรดระบุรายละเอียดในตารางด้านล่าง

### จำนวนเงินเอาประกันภัยแต่ละบริษัท (บาท)

บริษัท	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ	เงินชดเชยรายวัน	ขณะนี้สัญญามีผลบังคับหรือไม่

\*กรณีที่มีกรมธรรม์ประกันภัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มในข้อ 7\*

โปรดตอบคำถามในช่องผู้เอาประกันภัย หรือผู้เยาว์ และกรณีขอสัญญาเพิ่มเติมการคุ้มครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (สำหรับกรมธรรม์ผู้เยาว์) กรุณาตอบคำถามในช่องผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วย	ผู้เอาประกันภัยหรือผู้เยาว์	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
1. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิมหรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ประกันภัยจากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นบ้างหรือไม่ (ถ้าใช่/เคย โปรดระบุรายละเอียด)	ใช่ / เคย    ไม่ใช่ / ไม่เคย	ใช่ / เคย    ไม่ใช่ / ไม่เคย
บริษัท.....สาเหตุ.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
เมื่อใด โปรดระบุ วัน เดือน ปี .....		...โปรดพลิก...

โปรดตอบคำถามในช่องผู้เอาประกันภัย หรือผู้เยาว์ และกรณีชื่อสัญญาเพิ่มเติมการคุ้มครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (สำหรับกรมธรรม์ผู้เยาว์) กรุณาตอบคำถามในช่องผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วย	ผู้เอาประกันภัยหรือผู้เยาว์		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	
	ใช่ / เคย	ไม่ใช่ / ไม่เคย	ใช่ / เคย	ไม่ใช่ / ไม่เคย
<p>2. บุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา) ของท่าน เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือดหรือโรคไวรัสตับอักเสบ โรคเอดส์(HIV) โรคมีดตีเฟิลสเคลอโรซิส โรคอัลไซเมอร์ หรือโรคพาร์กินสันหรือไม่ ถ้าเป็นโปรดระบุรายละเอียดเฉพาะ ชื่อโรค ที่บุคคลในครอบครัวท่านเป็นหรือเคยเป็น</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>3. ท่านมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดี ไม่มีอวัยวะส่วนใดของร่างกายพิการและ/หรือทุพพลภาพ หรือไม่ป่วยเป็นโรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไม่เป็นโรคร้ายแรงใด ๆ (ถ้าไม่ใช่ โปรดระบุรายละเอียด).....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>4. ประวัติสุขภาพในช่วงเวลาที่ผ่านมา</p> <p>ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือเคยได้รับการตรวจสุขภาพ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค (เช่น ความดันโลหิต การตรวจปัสสาวะ การตรวจเอ็กซเรย์ การตรวจเลือด การตรวจเอ็มอาร์ไอ (MRI) การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจโดยการส่องกล้อง การตรวจแมมโมแกรม การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ การตรวจแบบอื่น) หรือรับการผ่าตัด หรือการแนะนำจากแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์ทางเลือกเพื่อรับการรักษาใด ๆ หรือไม่ (ถ้าใช่ / เคย โปรดระบุรายละเอียด) .....</p> <p>โรค.....</p> <p>วัน/เดือน/ปี ที่รับการตรวจ/รักษา.....</p> <p>ผลการตรวจ/รักษา.....</p> <p>สถานพยาบาลที่ตรวจ/รักษา(หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ).....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>5. เฉพาะผู้เอาประกันภัย หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัยที่เป็นสตรี</p> <p>(ก) ขณะนี้ท่านกำลังตั้งครรภ์หรือไม่ ถ้าใช่ ขณะนี้.....เดือน</p> <p>(ข) เคยมีอาการผิดปกติที่เต้านม ช่องคลอด มดลูก รังไข่ ท่อรังไข่ อาการผิดปกติของประจำเดือน คลอดบุตรยาก หรือมีอาการแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ หรือการคลอดหรือไม่ (ถ้าใช่ / เคย โปรดระบุรายละเอียด) .....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>6. ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ประจำของท่าน หรือโรงพยาบาล หรือคลินิกที่ท่านใช้บริการเป็นประจำ ถ้าไม่มีก็ให้แจ้งด้วยว่า "ไม่มี"</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>ท่านได้พบและปรึกษาแพทย์ครั้งสุดท้ายเมื่อ..... สาเหตุ/โรค.....</p> <p>ผลการตรวจเป็นอย่างไร .....</p>				
<p>7. กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>				

**ข้อความยินยอมถ่ายทอดหรือคำตอบในหนังสือรับรองสุขภาพของผู้เอาประกันภัยและ/หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัยและการให้ความยินยอม**

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในหนังสือรับรองสุขภาพฉบับนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
2. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือ การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
3. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
4. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อ การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
5. ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลก่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏในลิงก์ <https://www.southeastlife.co.th/pdpa/life> รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า แก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ [www.oic.or.th](http://www.oic.or.th)
6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
  - (1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
  - (2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
  - (3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว ตามที่ปรากฏในลิงก์ <https://www.southeastlife.co.th/pdpa/life> ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ [www.oic.or.th](http://www.oic.or.th)
  - (4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

**ผู้เอาประกันภัย**

**ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย**

(ลงชื่อ).....

(.....)

**ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ**

**ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครอง**

**ของผู้เอาประกันภัย**

**(กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)**

...โปรดพลิก...

คำเตือน

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไว้
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต/  
รหัสพนักงาน (เจ้าหน้าที่ลูกค้าสัมพันธ์) .....

ผู้เอาประกันภัย

(ลงชื่อ) .....

(ลงชื่อ) .....

(.....)

(.....)

พยาน

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ  
ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครอง  
ของผู้เอาประกันภัย  
(กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)