

แบบรายงานผลการตรวจสุขภาพโดยแพทย์ สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ผู้ขอเอาประกันภัย ต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา 865

ส่วนที่ 1 คำแถลงของผู้ขอเอาประกันภัยที่ให้แก่แพทย์ผู้ตรวจสุขภาพ

1	ชื่อและนามสกุลผู้ขอเอาประกันภัย.....บัตรประชาชนเลขที่..... อายุ.....ปี		
2	(ก) ท่านมีแพทย์ประจำตัว หรือสถานพยาบาลที่ท่านใช้บริการเป็นประจำหรือไม่ <input type="checkbox"/> มี โปรดระบุรายละเอียด <input type="checkbox"/> ไม่มี (ข) ท่านพบแพทย์เพื่อปรึกษา หรือตรวจรักษาครั้งสุดท้ายเมื่อ..... สาเหตุ/โรค.....		
ข้อ 3 – 9 ถ้ามีหรือเคย โปรดระบุรายละเอียด อาการหรือโรค ชื่อแพทย์หรือสถานพยาบาลที่รักษา วันเดือนปีที่รักษา ผลการตรวจและรักษา ในช่องว่างด้านขวา			
3	(ก) ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่ ถ้าสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ ระบุปริมาณที่สูบต่อวัน สูบมานานเท่าไร ถ้าเลิก เลิกสูบนานเท่าไร	มี/เคย	ไม่มี/ไม่เคย
	(ข) ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ ถ้าดื่มหรือเคยดื่ม ระบุความถี่ ชนิดและปริมาณเครื่องดื่มที่ดื่มแต่ละครั้ง ถ้าหยุดดื่ม หยุดมานานเท่าไร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(ค) ท่านเสพ หรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่ ถ้าเสพหรือเคยเสพ ระบุชนิดและปริมาณการเสพต่อครั้ง ถ้าเลิกเสพแล้ว เลิกเมื่อไร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(ง) ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงบ้างหรือไม่ ถ้าเปลี่ยน ระบุเพิ่มหรือลดลงกี่กิโลกรัม และสาเหตุที่เปลี่ยนแปลง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ หรือเคยได้รับการวินิจฉัย หรือได้รับการรักษา หรือตั้งข้อสงสัยเกี่ยวกับอาการหรือโรคต่อไปนี้หรือไม่		
	(ก) หอบหืด หลอดลมอักเสบเรื้อรัง ไอเรื้อรัง ไอเป็นเลือด โรคปอด/ปอดอักเสบ วันโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ถุงลมโป่งพอง หูดหยาบไขว้หน้า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(ข) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง ไชมันโนล็ดสูง ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือด โรคหัวใจ เส้นเลือดหัวใจตีบ เจ็บหรือแน่นหน้าอก ใจสั่น ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ เหนื่อยง่ายผิดปกติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(ค) ภาวะอาหารอืดเรื้อรัง แผลในทางเดินอาหาร ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด ฝัคนตาตุ่ม ริดสีดวงทวาร ปวดท้องเรื้อรัง ท้องผูกเรื้อรัง กรดไหลย้อน ถ้าใส่อกอักเสบเรื้อรัง ติชานัน ตัวเหลืองตาเหลือง ท้องมาน โรคตับหรือทางเดินน้ำดี พิซซูราเรื้อรัง ตับอ่อนอักเสบและถุงน้ำดีอักเสบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(ง) โรคชัก โรคหลอดเลือดในสมอง โรคอัมพฤกษ์/โรคอัมพาต กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปวดศีรษะเรื้อรัง โรคจิตเวช ซึมเศร้า โรคความจำเสื่อม โรคสมองและเชื้อหุ้มสมอง โรคระบบประสาท โรคของต่อมไธสมอง โรคของต่อมหมวกไต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(จ) โรคหัวใจ โรคไต ภาวะน้ำในไต มีน้ำตาลในปัสสาวะ มีเลือดปนในปัสสาวะ และหรือมีโปรตีนปนในปัสสาวะ โรคเอสแอลอี (Systemic Lupus Erythematosus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(ฉ) เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ มะเร็ง หรือมีอวัยวะส่วนเกิน ก้อน หรือติ่งเนื้อในร่างกาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(ช) โรคเก๊าท์ ข้ออักเสบ หมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท ความผิดปกติและโรคเกี่ยวกับกระดูก ข้อและกล้ามเนื้อ ปวดข้อเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(ซ) การมองเห็นผิดปกติ สายตาพิการ โรคจอประสาทตา โรคต้อหิน โรคต้อกระจก การได้ยินผิดปกติ โรคประสาทหูเสื่อม ตึดเชื้อในหูชั้นกลาง การปวดผิดปกติ ไชมันโนล็ด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(ญ) โรคโลหิตจาง โรคเลือด จ้ำเลือด ม้ามโต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	ในช่วงเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเคยได้รับการตรวจสุขภาพ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค (เช่น ความดันโลหิต การตรวจปัสสาวะ การตรวจเอ็กซเรย์ การตรวจเลือด การตรวจเอ็มอาร์ไอ (MRI) การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจโดยการส่องกล้อง การตรวจแมมโมแกรม การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ การตรวจแบบอื่น) หรือรับการผ่าตัด หรือการแนะนำจากแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์ทางเลือกเพื่อรับการรักษาใด ๆ หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	(ก) ท่านเคยได้รับการตรวจหาเชื้อไวรัส หรือเชื้อเอชไอวี หรือบริจาคเลือดแล้วถูกปฏิเสธ ไม่รับบริจาคเลือดบ้างหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(ข) ในช่วงเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา มีอาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลด ท้องเดินเรื้อรัง ต่อมมึนเหลืองโอด โรคผิวหนังเรื้อรัง หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7	บุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา) ของท่าน เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบ โรคเอดส์ (HIV) โรคมัลติเพิลสเคลอโรซิส โรคอัลไซเมอร์ หรือโรคพาร์กินสัน หรือไม่ ถ้าเป็นโปรดระบุรายละเอียดเฉพาะ ชื่อโรค	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	เฉพาะสตรี (ก) ท่านกำลังตั้งครรภ์หรือไม่ ถ้าตั้งครรภ์ ระบุอายุครรภ์ ที่สัปดาห์/เดือน (ข) ท่านเคยมีอาการผิดปกติที่เต้านม ซองคลอด มดลูก รังไข่ ท่อนำไข่ อาการผิดปกติของประจำเดือน หรือมีอาการแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ หรือไม่ (ค) ท่านเคยได้รับการตรวจ หรือแนะนำให้ตรวจเต้านมด้วยคอมพิวเตอร์ (Mammography) หรือตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ หรือทำอัลตราซาวด์รังไข่หรือการตรวจมะเร็งปากมดลูก (PAP Smear) หรือไม่	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ข้อความยืนยันถ้อยแถลงและการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือ การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
- 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
- ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อ การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏในลิงก์ <https://www.southeastlife.co.th/pdpa/life> รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
- เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว ตามที่ปรากฏในลิงก์ <https://www.southeastlife.co.th/pdpa/life> ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....
(.....) ตัวบรรจง
ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ).....
(.....) ตัวบรรจง
แพทย์ผู้ตรวจ

(ลงชื่อ).....
(.....)
ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม /ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ส่วนที่ 2 รายงานและความคิดเห็นของแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพ REPORT AND OPINION OF THE MEDICAL EXAMINER

1	Height (cm)	Weight (kg)	Chest (cm) (forced inspiration)		Chest (cm) (forced expiration)	Abdomen (cm) (at umbilicus)	Details of "yes" answer (Identify Item)	
2	(a) Are you personally or professionally acquainted with the applicant? If so, how long? (b) Is appearance unhealthy or older than stated age? (c) Is there any reason to suspect intemperate habits? (d) Are there any identification marks (such as scars, birthmarks etc.)?					YES / NO		
3	Do you find any evidence of past or present disease or abnormality of :- (a) Respiratory system (lungs, pleura, chest wall)? (b) Central or peripheral nervous system (including reflexes, gait, paralysis)? (c) Breast or Genito-urinary system? (d) Abdomen (including stomach, liver, spleen, hernias)? (e) Skin, muscles, bones or joints (including varicose veins, deformities, lameness, amputations)? (f) Eyes, ears, nose, throat and mouth (including impairment of sight or hearing)? (g) Thyroid or other endocrine glands or metabolic and haemopoietic system?							
4	BLOOD PRESSURE (If over 140 systolic or 90 diastolic record 3 readings)							
	Systolic							
	Diastolic							
5	PULSE AT REST							
	Rate Per Minute							
	Irregularities Per Minute							
6	HEART : Apex Beat located at..... (state intercostal space and relation to midclavicular line) Is there any (a) Arteriosclerosis or aneurysm? (b) Hypertrophy or edema? (c) Murmur (If murmur is present, describe below)? 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 Diagnosis : Do you suspect any abnormality of the heart or vascular system?							
7	URINALYSIS :	Sp.Gr.	PH	Albumin	Sugar	Occult Blood	Others (Specify)	
8	(a) Are you aware of unfavourable features likely to affect his/her longevity? (I) in the personal or family history? (II) disclosed by your medical examination? (b) Do you recommend any additional tests or reports?							

COMMENT : _____

I hereby certify that I have examined this applicant at
on this date/...../.....at.....A.M./P.M.

Medical examiner's signature..... Medical License No.
Name (.....)

DOCTOR-PLEASE CHECK YOUR REPORT TO AVOID MISTAKE OR OMISSION.