



บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ ราม 9 ชั้น 1, 22-27
ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159 ทะเบียนเลขที่ 0107555000376
www.krungthai-axa.co.th

หนังสือรับรองสุขภาพ

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ -

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยผู้เอาประกันภัยต้องตอบ คำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงิน ค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

หนังสือรับรองสุขภาพเพื่อประกอบการพิจารณา

- ☐ ขอต่ออายุ / กลับคืนสถานะกรมธรรม์
☐ ขอซื้อ / เพิ่มความคุ้มครองของสัญญาเพิ่มเติม
☐ ขอเปลี่ยนแปลง / เพิ่มจำนวนเงินเอาประกันภัยหลัก
☐ ขอยกเลิก / ลดอัตราเบี้ยประกันภัยเพิ่มพิเศษจากสุขภาพ

ข้อมูลผู้ให้บริการ

ชื่อ-นามสกุล รหัสผู้ให้บริการ
หน่วย / ภาค / สาขา โทรศัพท์มือถือ

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัย

1. ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย อายุ ปี เกิดวันที่ เดือน พ.ศ.
เลขประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทางเลขที่
อาชีพประจำ / ตำแหน่ง ลักษณะงานที่ทำ
สถานที่ทำงาน
อาชีพอื่นๆ (ถ้ามี) ลักษณะงานที่ทำ
สถานที่ทำงาน
รายได้ต่อปี บาท ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
2. ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก. เพิ่มขึ้น กก. ลดลง กก. ☐ ไม่เปลี่ยนแปลง
สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง
3. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่
☐ ไม่เคย ☐ เคย
4. ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่
☐ ไม่เสพ / ไม่เคยเสพ ☐ เสพ / เคยเสพ ชนิด
ปริมาณ ความถี่ ครั้ง / สัปดาห์ เสพมานาน ปี ☐ เลิกเสพเมื่อ
5. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่
☐ ไม่ดื่ม / ไม่เคยดื่ม ☐ ดื่ม / เคยดื่ม ชนิด
ปริมาณ ขวด / ครั้ง ความถี่ ครั้ง / สัปดาห์ ดื่มมานาน ปี ☐ เลิกดื่มเมื่อ
6. ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่
☐ ไม่สูบ / ไม่เคยสูบ ☐ สูบ / เคยสูบ
ปริมาณ มวน / วัน สูบมานาน ปี ☐ เลิกสูบเมื่อ
7. บิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา ของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคเมเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบ หรือไม่
☐ ไม่เป็น
☐ เป็น โปรดระบุ (เป็นใคร โรคอะไร อายุเมื่อเริ่มเป็น ปี)
8. สามี / ภรรยา ของท่าน ☐ เป็นโรคเอดส์ (HIV) ☐ ไวรัสตับอักเสบ ☐ ไม่เป็นโรคดังกล่าว

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (เฉพาะกรณีกรมธรรม์มีสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย)

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



ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย หรือการรักษาโรคของผู้เอาประกันภัย และผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยให้ข้อมูลเฉพาะกรณี
กรณีที่มีสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย)

	ผู้เอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	
	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย
12. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือได้รับการรักษาโรคตามรายการต่อไปนี้หรือไม่				
12.1 โรคความดันโลหิตสูง, โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ, โรคหลอดเลือด, โรคหลอดเลือดในสมอง, โรคอัมพาต/โรคอัมพฤกษ์, โรคเบาหวาน, โรคหัวใจ, โรคเลือด, ม้ามโต	☐	☐	☐	☐
12.2 โรคกระเพาะ, โรคต่อมไทรอยด์, เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ	☐	☐	☐	☐
12.3 โรคตับอ่อนอักเสบ, โรคไต, โรคถุงลมโป่งพอง, ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ, โรคปอดหรือปอดอักเสบ, โรคหอบหืด, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, โรคสายตาสั้น, จอประสาทตา, ต้อหิน, โรคชัก, โรคพาร์กินสัน, โรคความจำเสื่อม, พิการทางร่างกาย, โรคซึมเศร้า, โรคจิต, โรคประสาท, ภาวะซึมเศร้า, โรคตับหรือทางเดินน้ำดี, โรคไต, โรคไตเรื้อรัง, โรคแผลในทางเดินอาหาร	☐	☐	☐	☐
12.4 โรคข้ออักเสบ, โรคเกาต์, โรคหนังแข็ง, โรคเอสแอลอี	☐	☐	☐	☐
12.5 โรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง, กามโรค (ภายใน 2 ปี), โรควัณโรค, โรคพิษสุราเรื้อรัง	☐	☐	☐	☐
13. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจสุขภาพ, การตรวจชิ้นเนื้อหรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่	☐	☐	☐	☐
14. ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่				
14.1 เจ็บหรือแน่นหน้าอก, ใจสั่น, กล้ามเนื้ออ่อนแรง, เหนื่อยง่ายผิดปกติ, การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ, ร่างกายสูญเสียประสาทรับความรู้สึก, จำเผลอ	☐	☐	☐	☐
14.2 คลำพบก้อนเนื้อ, ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง	☐	☐	☐	☐
14.3 การมองเห็นผิดปกติ, เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง, มีพัฒนาการช้า, ปวดท้องเรื้อรัง, อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด, ท้องมาน, ท้องเสียเรื้อรัง, มีเลือดปนในปัสสาวะ	☐	☐	☐	☐
14.4 ปวดข้อเรื้อรัง	☐	☐	☐	☐
14.5 ไอเรื้อรัง, ไอเป็นเลือด	☐	☐	☐	☐
15. ในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา มีอาการอ่อนเพลีย, น้ำหนักลด, ไข้เรื้อรัง, ท้องเดินเรื้อรัง, โรคผิวหนังเรื้อรัง	☐	☐	☐	☐
16. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการพิจารณารับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการยกเลิกคืนสถานะเดิม หรือการขอต่ออายุกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่	☐	☐	☐	☐
17. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การรักษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลหรือไม่	☐	☐	☐	☐
18. คำถามข้างล่างเฉพาะผู้เอาประกันภัย หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัยที่เป็นสตรี				
18.1 กำลังตั้งครรภ์	☐ เดือน	☐	☐ เดือน	☐
18.2 มีโรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ และคลอดบุตร	☐	☐	☐	☐
18.3 มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด (คำถามนี้สำหรับผู้เอาประกันภัยเพื่อการขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพ หรือโรคร้ายแรง)	☐	☐	☐	☐
19. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือได้รับการรักษา หรือตั้งข้อสงสัยเกิดจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรค ตามรายการต่อไปนี้หรือไม่				
19.1 โรคต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง, โรคกรดไหลย้อน โรคหัวใจ, โรคถุงน้ำดีอักเสบ, โรคไส้เลื่อน, โรคจิตสับสน, โรคพิษสุรา, โรคภูมิแพ้, โรคไขข้ออักเสบ, โรคคอหอยอักเสบ, โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง, โรคติดเชื้อในหูชั้นกลาง, โรคปวดศีรษะไมเกรน, โรคสมาธิสั้น, เยื่อเมือกอักเสบเรื้อรัง	☐	☐	☐	☐
19.2 โรคกระดูกสันหลังเคลื่อน, โรคหมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท, โรคข้อเสื่อม, โรคเส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง, โรคเส้นประสาทอักเสบหรือถูกบีบรัด	☐	☐	☐	☐
20. สำหรับผู้เอาประกันภัยและผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีที่มีคำตอบ “ใช่/เคย” หรือต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม)				

ส่วนที่ 4 การให้คำยืนยันและการมอบอำนาจของผู้เอาประกันภัย

- ข้าพเจ้าขอให้คำยืนยันว่า ถ้อยแถลงหรือคำตอบซึ่งได้ให้ไว้ข้างต้นเป็นข้อเท็จจริงที่เป็นความจริง และตกลงให้ถือเอาถ้อยแถลงหรือคำตอบดังกล่าวเป็นหลักฐานสำหรับประกอบการรับประกันภัยตามคำร้องขอข้าพเจ้า ข้าพเจ้าเข้าใจและยอมรับอีกว่า แม้จะมีการชำระเบี้ยประกันภัยแล้วแต่หาก บริษัท ไทย-เอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ยังไม่ได้อนุมัติรับประกันภัย การรับประกันภัยตามคำร้องขอข้าพเจ้ายังคงไม่มีผลบังคับแต่ประการใด เป็นที่เข้าใจและตกลงกันอีกว่าข้อกำหนดทั่วไปในกรมธรรม์เรื่องการไม่ได้แย้งหรือคัดค้านความไม่สมบูรณ์ของสัญญาประกันภัยและการฆ่าตัวตายหรือถูกฆาตกรรมจะเริ่มมีผลบังคับใหม่นับแต่วันต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่นๆ หรือบุคคลใด ซึ่งมีบันทึกเรื่องราวหรือประวัติการเจ็บป่วยของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือที่จะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่ บริษัท ไทย-เอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทได้ อนึ่งสำเนาภาพถ่ายของหนังสือรับรองสุขภาพฉบับนี้ถือว่าใช้บังคับได้สมบูรณ์เท่าต้นฉบับจริง
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยเพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เขียนที่ _____ วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยที่กำหนดไว้

2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

(_____) (_____) (_____) (_____)
 (_____) (_____) (_____) (_____)
 พยาน/ผู้ให้บริการ/นายหน้า พยาน/ผู้ให้บริการ/นายหน้า ผู้เอาประกันภัย เจ้าของกรมธรรม์/ผู้แทนโดยชอบธรรม

