



บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

OCEAN LIFE INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

สำนักงานใหญ่ 170/74-83 อาคารโอเชียนทาวเวอร์ 1 ถนนรัชดาภิเษก เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10110
www.ocean.co.th E-mail: info@ocean.co.th ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ 0 2207 8888 โทรสาร 0 2207 8822

เขียนที่ _____

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

คำแถลงสุขภาพของผู้เอาประกันภัย

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัย

ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย _____ อายุ _____ ปี

เลขประจำตัวประชาชน _____ วัน/เดือน/ปีเกิด _____ / _____ / _____

เลขที่หนังสือเดินทาง _____ อาชีพปัจจุบัน _____

สถานที่ทำงาน _____ โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ _____

ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้

เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ หมู่บ้าน/ อาคาร _____ ตรอก/ ซอย _____

ถนน _____ ตำบล/ แขวง _____ อำเภอ/ เขต _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

ผู้เอาประกันภัยตามกรมธรรม์ประกันภัยของ บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ _____

วันเริ่มมีผลคุ้มครอง _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท ชำระเบี้ยประกันภัยงวดราย _____ เดือน

คำแถลงสุขภาพ

1 ท่านมี ส่วนสูง _____ ซม. น้ำหนัก _____ กก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ไม่เปลี่ยน เปลี่ยน

เพิ่มขึ้น ลดลง สาเหตุ _____

2 ท่านสูบบุหรี่ หรือดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่ ไม่สูบ/ ไม่ดื่ม สูบ/ ดื่ม

ถ้าสูบ/ ดื่ม โปรดระบุรายละเอียด _____

3 ท่านเคยเสพยาเสพติดใดๆ หรือเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติด หรือเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับสารเสพติดหรือไม่ ไม่เคย เคย

ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด _____

4 ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์เกี่ยวกับโรคหรืออาการดังต่อไปนี้หรือไม่

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดในสมอง | <input type="checkbox"/> เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง | <input type="checkbox"/> ใจสั้น | <input type="checkbox"/> โรคข้ออักเสบ |
| <input type="checkbox"/> โรคอัมพฤกษ์/ โรคอัมพาต | <input type="checkbox"/> โรคชัก | <input type="checkbox"/> โรคแผลในทางเดินอาหาร | <input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเคลื่อน |
| <input type="checkbox"/> โรคพาร์กินสัน | <input type="checkbox"/> โรคปอด หรือปอดอักเสบ | <input type="checkbox"/> โรคตับหรือทางเดินน้ำดี | <input type="checkbox"/> หมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท |
| <input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง | <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ | <input type="checkbox"/> ม้ามโต | <input type="checkbox"/> โรคเก๊าท์ |
| <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ | <input type="checkbox"/> โรคหอบหืด | <input type="checkbox"/> โรคพิษสุราเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> โรคเอสแอลอี |
| <input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือด | <input type="checkbox"/> ภูมิแพ้ | <input type="checkbox"/> โรคตับอ่อนอักเสบ | <input type="checkbox"/> เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ |
| <input type="checkbox"/> โรคจิต | <input type="checkbox"/> ไชน์สอัสเสบ | <input type="checkbox"/> โรคไต | <input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง |
| <input type="checkbox"/> โรคประสาท | <input type="checkbox"/> ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ | <input type="checkbox"/> นิ้ว | <input type="checkbox"/> โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง |
| <input type="checkbox"/> โรคซึมเศร้า | <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน | <input type="checkbox"/> โรคต่อหิน | <input type="checkbox"/> โรคกามโรค (ภายใน 2 ปี) |
| <input type="checkbox"/> ดาวน์ซินโดรม | <input type="checkbox"/> โรคไทรอยด์ | <input type="checkbox"/> โรคหนังแข็ง | <input type="checkbox"/> กล้ามเนื้ออ่อนแรง |
| <input type="checkbox"/> ขอทิสติก | <input type="checkbox"/> โรคเลือด | <input type="checkbox"/> ปวดท้องเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> ปวดข้อเรื้อรัง |
| <input type="checkbox"/> สมาร์ลิ้น | <input type="checkbox"/> โรคต่อมน้ำเหลืองโต | <input type="checkbox"/> ท้องเสียเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> โรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์และคลอดบุตร (เฉพาะสตรี) |
| <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> ไอเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด | <input type="checkbox"/> เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด (เฉพาะสตรี) |
| <input type="checkbox"/> คล้ำพบก้อนเนื้อ | <input type="checkbox"/> ไอเป็นเลือด | <input type="checkbox"/> มีเลือดปนในปัสสาวะ | |
| <input type="checkbox"/> มีพัฒนาการช้า | <input type="checkbox"/> เจ็บหรือแน่นหน้าอก | <input type="checkbox"/> พิการทางร่างกาย | |

ไม่เคย/ ไม่มี เคย/ มี ถ้าเคย/ มี โปรดระบุรายละเอียด _____

| โรค/ อาการ | วันที่เริ่มมีอาการหรือรับการรักษา | สถานพยาบาล (ถ้ามี) | การรักษาและอาการปัจจุบัน |
|------------|-----------------------------------|--------------------|--------------------------|
| | | | |
| | | | |

5 ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจสุขภาพ ตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจเลือด หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ การบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ หรือการแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่มีได้ระบุไว้ข้างต้น หรือไม่ ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี ถ้าเคย/มี โปรดระบุรายละเอียด

| รายการที่ตรวจ/ อาการที่พบ | วันที่ตรวจ/ รักษา | สถานพยาบาล | ผลการตรวจ/ รักษา |
|---------------------------|-------------------|------------|------------------|
| | | | |
| | | | |

6 สามี/ ภรรยาของท่านเป็นหรือเคยเป็นโรคเอดส์ (HIV) หรือไวรัสตับอักเสบบีหรือไม่ ไม่เป็น เป็น เคยเป็น ถ้าเป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุรายละเอียด โรคเอดส์ (HIV) โรคไวรัสตับอักเสบบีชนิด _____

7 บิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดาและ/ หรือมารดา ของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง โรคเลือด โรคไวรัสตับอักเสบบี การพยายามฆ่าตัวตาย หรืออาการป่วยทางจิต หรือไม่ ไม่เป็น เป็น/ เคยเป็น โปรดระบุรายละเอียด

| บุคคลที่เป็น | โรค | อายุที่เริ่มเป็น (ปี) |
|--------------|-----|-----------------------|
| | | |
| | | |

8 ท่านมีหรือเคยมีประกันชีวิตหรือประกันสุขภาพ หรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่มี มี

| บริษัท | จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) | | | เงินชดเชยรายวัน | ขณะนี้สัญญา มีผลบังคับหรือไม่ |
|--------|-----------------------------|--------------------|------------|-----------------|-------------------------------|
| | ชีวิต | โรคร้ายแรง/ สุขภาพ | อุบัติเหตุ | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

9 ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิมหรือการต่ออายุของกรมธรรม์จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

| บริษัท | สาเหตุ | เมื่อใด (ปี) |
|--------|--------|--------------|
| | | |
| | | |

ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำแถลงสุขภาพของผู้เอาประกันภัย การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำแถลงสุขภาพของผู้เอาประกันภัยนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริงบริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกัน และปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ก่อนลงลายมือชื่อ ให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

(ลงชื่อ) _____
 (_____)
 พยาน

(ลงชื่อ) _____
 (_____)
 ผู้เอาประกันภัย
 (กรณีผู้เอาประกันภัยพิมพ์ลายนิ้วมือต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน)

(ลงชื่อ) _____
 (_____)
 พยาน

(ลงชื่อ) _____
 (_____)
 ผู้ให้ความยินยอมกรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ ในฐานะ
 บิดา/ มารดา ผู้แทนโดยชอบธรรม