

หนังสือรับรองสุขภาพ (HCI)

ใช้เพื่อประกอบการพิจารณา

- ขอต่ออายุกรมธรรม์ / กลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์
- ขอเปลี่ยนแปลงกรมธรรม์

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ผู้เอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่ง และพาณิชย์ มาตรา 865

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัย / ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

กรณีกรมธรรม์ผู้เยาว์ที่มีสัญญาเพิ่มเติมผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (ผช.) หรือการขอเปลี่ยนผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (ผช.) กรุณาตอบคำถามในส่วนของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วย

| กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....               | ผู้เอาประกันภัย/ผู้เยาว์   | ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย  |
|--|--|--|
| 1. ชื่อ - นามสกุล                          |  |  |
| 2. อายุปัจจุบัน                            | อายุ.....ปี  | อายุ.....ปี  |
| 3. สถานภาพ                                 | <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส<br><input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> หย่า | <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส<br><input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> หย่า |
| 4. ที่อยู่ / ที่ติดต่อ, หมายเลขโทรศัพท์    |  |  |
| 5. (ก) อาชีพประจำ                          | กรณาระบุรายละเอียด   | กรณาระบุรายละเอียด   |
| (ข) ลักษณะงานที่ทำ                         | กรณาระบุรายละเอียด   | กรณาระบุรายละเอียด   |
| (ค) ชื่อ, ที่อยู่ของนายจ้าง / ลักษณะธุรกิจ | กรณาระบุรายละเอียด   | กรณาระบุรายละเอียด   |
| (ง) รายได้ต่อปีของท่าน                     | .....บาท / ปี  | .....บาท / ปี  |
| (จ) ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่  | <input type="checkbox"/> ใช้เป็นประจำ<br><input type="checkbox"/> ใช้เป็นครั้งคราว<br><input type="checkbox"/> ไม่ใช้      | <input type="checkbox"/> ใช้เป็นประจำ<br><input type="checkbox"/> ใช้เป็นครั้งคราว<br><input type="checkbox"/> ไม่ใช้      |

**ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้เอาประกันภัย / ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย**

กรณีกรมธรรม์ผู้เยาว์ที่มีสัญญาเพิ่มเติมผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (ผช.) หรือการขอเปลี่ยนผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (ผช.) กรุณาตอบคำถามในส่วนของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วย

|   |                           |                                    |                                  |                       |                      | ผู้เอาประกันภัย/ผู้เยาว์   | ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย  |
|---|---------------------------|------------------------------------|----------------------------------|-----------------------|----------------------|--|--|
| 1. ท่านมีหรือเคยมีประกันชีวิตหรือประกันสุขภาพหรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่   |                           |                                    |                                  |                       |                      | <input type="checkbox"/> ไม่มี<br><input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ   | <input type="checkbox"/> ไม่มี<br><input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ   |
| <b>ข้อมูลของ</b>  | <b>บริษัท</b>             | <b>จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)</b> |                                  |                       | <b>เงินชดเชย</b>     | <b>ขณะนี้สัญญา</b>   |  |
|   |                           | <b>ชีวิต</b>                       | <b>โรคร้ายแรง</b>                | <b>อุบัติเหตุ</b>     | <b>รายวัน</b>        | <b>มีผลบังคับหรือไม่</b>   |  |
| ผู้เอาประกันภัย/ผู้เยาว์  |                           |                                    |                                  |                       |                      |  |  |
| ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย   |                           |                                    |                                  |                       |                      |  |  |
| 2. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนเงินสุทธินานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นบ้างหรือไม่ |                           |                                    |                                  |                       |                      | <input type="checkbox"/> ไม่เคย<br><input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ   | <input type="checkbox"/> ไม่เคย<br><input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ   |
| <b>ข้อมูลของ</b>  | <b>บริษัท</b>             | <b>สาเหตุ</b>                      |                                  | <b>เมื่อใด</b>        |                      |  |  |
| ผู้เอาประกันภัย/ผู้เยาว์  |                           |                                    |                                  |                       |                      |  |  |
| ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย   |                           |                                    |                                  |                       |                      |  |  |
| 3. (ก) ปัจจุบันท่านมีส่วนสูงและน้ำหนักเท่าใด  |                           |                                    |                                  |                       |                      | ส่วนสูง.....ซ.ม.<br>น้ำหนัก.....ก.ก.   | ส่วนสูง.....ซ.ม.<br>น้ำหนัก.....ก.ก.   |
| (ข) ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักของท่านมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ (หากเปลี่ยนแปลงโปรดระบุรายละเอียด)  |                           |                                    |                                  |                       |                      | <input type="checkbox"/> เท่าเดิม<br><input type="checkbox"/> เพิ่มขึ้น.....ก.ก.<br><input type="checkbox"/> ลดลง.....ก.ก.<br>สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยน..... | <input type="checkbox"/> เท่าเดิม<br><input type="checkbox"/> เพิ่มขึ้น.....ก.ก.<br><input type="checkbox"/> ลดลง.....ก.ก.<br>สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยน..... |
| 4. เฉพาะสตรี ขณะนี้ท่านกำลังมีครรภ์หรือไม่ ถ้ามี ก็เดือน  |                           |                                    |                                  |                       |                      | <input type="checkbox"/> ไม่มี<br><input type="checkbox"/> มี.....เดือน  | <input type="checkbox"/> ไม่มี<br><input type="checkbox"/> มี.....เดือน  |
| 5. ท่านมีสิ่งผิดปกติของร่างกายหรือสุขภาพหรือไม่ (ถ้ามีโปรดระบุรายละเอียด)   |                           |                                    |                                  |                       |                      | <input type="checkbox"/> ไม่มี<br><input type="checkbox"/> มี.....   | <input type="checkbox"/> ไม่มี<br><input type="checkbox"/> มี.....   |
| 6. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ หรือไม่  |                           |                                    |                                  |                       |                      | <input type="checkbox"/> ไม่ดื่ม / ไม่เคยดื่ม / เคยดื่ม<br><input type="checkbox"/> ดื่ม / เคยดื่ม<br>โปรดระบุ   | <input type="checkbox"/> ไม่ดื่ม / ไม่เคยดื่ม / เคยดื่ม<br><input type="checkbox"/> ดื่ม / เคยดื่ม<br>โปรดระบุ   |
| <b>ข้อมูลของ</b>  | <b>ชนิด</b>               | <b>ปริมาณ (ขวดต่อครั้ง)</b>        | <b>ความถี่ (ครั้งต่อสัปดาห์)</b> | <b>ดื่มมานาน (ปี)</b> | <b>เลิกดื่มเมื่อ</b> |  |  |
| ผู้เอาประกันภัย/ผู้เยาว์  |                           |                                    |                                  |                       |                      |  |  |
| ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย   |                           |                                    |                                  |                       |                      |  |  |
| 7. ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่   |                           |                                    |                                  |                       |                      | <input type="checkbox"/> ไม่สูบ / ไม่เคยสูบ<br><input type="checkbox"/> สูบ / เคยสูบ<br>โปรดระบุ   | <input type="checkbox"/> ไม่สูบ / ไม่เคยสูบ<br><input type="checkbox"/> สูบ / เคยสูบ<br>โปรดระบุ   |
| <b>ข้อมูลของ</b>  | <b>ปริมาณ (มวนต่อวัน)</b> | <b>สูบมานาน (ปี)</b>               |                                  | <b>เลิกสูบเมื่อ</b>   |                      |  |  |
| ผู้เอาประกันภัย/ผู้เยาว์  |                           |                                    |                                  |                       |                      |  |  |
| ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย   |                           |                                    |                                  |                       |                      |  |  |

8. ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่

ไม่เสพ / ไม่เคย  
 เสพ / เคยเสพ  
 โปรดระบุ

ไม่เสพ / ไม่เคย  
 เสพ / เคยเสพ  
 โปรดระบุ

| ข้อมูลของ                 | ชนิด | ปริมาณ (ต่อครั้ง) | ความถี่ (ครั้งต่อสัปดาห์) | เสพมานาน (ปี) | เลิกเสพยาเมื่อ |
|---------------------------|------|-------------------|---------------------------|---------------|----------------|
| ผู้ขอประกันภัย / ผู้เยาว์ |      |                   |                           |               |                |
| ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย     |      |                   |                           |               |                |

9. บุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา) ของท่าน เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบบี โรคเอดส์ (HIV) โรคมัลติเพิลสเคลอโรซิส โรคอัลไซเมอร์ หรือโรคพาร์กินสัน หรือไม่

ไม่เป็น  
 เป็น  
 โปรดระบุ

ไม่เป็น  
 เป็น  
 โปรดระบุ

| ข้อมูลของ             | โรค |
|-----------------------|-----|
| ผู้ขอเอาประกันภัย     |     |
| ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย |     |

10. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือดหรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่

ไม่เคย  
 เคย  
 โปรดระบุ

ไม่เคย  
 เคย  
 โปรดระบุ

| ข้อมูลของ                    | ตรวจอะไร | เมื่อใด | สถานที่ตรวจ | ผลการตรวจ | ข้อสังเกต โดยแพทย์ |
|------------------------------|----------|---------|-------------|-----------|--------------------|
| ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เยาว์ |          |         |             |           |                    |
| ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย        |          |         |             |           |                    |

11. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมาท่านเคยได้รับบาดเจ็บ การเจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาล หรือไม่

ไม่เคย  
 เคย  
 โปรดระบุ

ไม่เคย  
 เคย  
 โปรดระบุ

| ข้อมูลของ                    | อาการ | วัน/เดือน/ปี ที่รับการรักษา | สถานพยาบาล | ผลการรักษา |
|------------------------------|-------|-----------------------------|------------|------------|
| ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เยาว์ |       |                             |            |            |
| ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย        |       |                             |            |            |

|   |  |  |
|---|--|--|
| 12. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัยหรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการต่อไปนี้หรือไม่     |  |  |
| (ก) สายตาพิการ, โรคจอประสาทตา, โรคต้อหิน, พิการทางร่างกาย, โรคจิต, โรคประสาท, โรคซึมเศร้า, ความดันโลหิตสูง      | <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย | <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย |
| (ข) โรคปอดหรือปอดอักเสบ, วัณโรค, หอบหืด, ปอดอุดกั้นเรื้อรัง, ภาวะหุดหายใจขณะหลับ                                | <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย | <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย |
| (ค) โรคหลอดเลือดในสมอง, เส้นเลือดหัวใจตีบ, โรคหลอดเลือด. โรคเลือด, อัมพฤกษ์/อัมพาต, ความดันโลหิตสูง, โรคหัวใจ   | <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย | <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย |
| (ง) โรคเบาหวาน, โรคเมะเร็ง, เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ, โรคไทรอยด์, โรคต่อมเหงื่อ, โรคไต, ดีซ่าน, ม้ามโต           | <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย | <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย |
| (จ) โรคแผลในทางเดินอาหาร, โรคตับหรือทางเดินน้ำดี, โรคพิษสุราเรื้อรัง, โรคตับอ่อนอักเสบ, โรคข้ออักเสบ, โรคเก๊าท์ | <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย | <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย |
| (ฉ) โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง, โรคกามโรค (ภายใน 2 ปี)  | <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย | <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย |
| (ช) โรคพาร์กินสัน, โรคความจำเสื่อม, โรคชัก, โรคหนังแข็ง, โรคเอสแอลอี  | <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย | <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย |

กรณีข้อ 12. ตอบ “เคย” โปรดระบุรายละเอียด

| ข้อมูลของ                | โรค | วัน/เดือน/ปี ที่รักษา | การรักษาและอาการปัจจุบัน | สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ) |
|--------------------------|-----|-----------------------|--------------------------|--|
| ผู้เอาประกันภัย/ผู้เยาว์ |     |                       |                          |  |
| ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย    |     |                       |                          |  |

|   |   |   |
|---|---|---|
| 13. ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่   |   |   |
| (ก) การมองเห็นผิดปกติ, กล้ามเนื้ออ่อนแรง, การเคลื่อนไหวร่างกายผิดปกติ, ร่างกายสูญเสียประสาทรับความรู้สึก      | <input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี | <input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี |
| (ข) มีพัฒนาการช้า, ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง, ไอเรื้อรัง, ไอเป็นเลือด, เหนื่อยง่ายผิดปกติ                        | <input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี | <input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี |
| (ค) เจ็บหรือแน่นหน้าอก, ใจสั่น, ปวดท้องเรื้อรัง, อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด, ท้องมาน                            | <input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี | <input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี |
| (ง) ท้องเสียเรื้อรัง, มีเลือดปนในปัสสาวะ, ปวดข้อเรื้อรัง, จำเลือด, คลำพบก้อนเนื้อ                             | <input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี | <input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี |
| (จ) เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง   | <input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี | <input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี |
| (ฉ) ในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา มีอาการอ่อนเพลีย, น้ำหนักลด, ท้องเดินเรื้อรัง, ไข้เรื้อรัง, โรคผิวหนังเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี | <input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี |

กรณีข้อ 13. ตอบ “เคย/มี” โปรดระบุรายละเอียด

| ข้อมูลของ                | อาการ | วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มมีอาการ | อาการปัจจุบัน |
|--------------------------|-------|------------------------------|---------------|
| ผู้เอาประกันภัย/ผู้เยาว์ |       |                              |               |
| ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย    |       |                              |               |

|  |  |  |
|--|--|--|
| 14. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคต่อไปนี้หรือไม่  |  |  |
| (ก) ติดเชื้อในหูชั้นกลาง, ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง, ไชน์สอักเสบ, ปวดศีรษะไมเกรน, ภูมิแพ้, หลอดลมอักเสบเรื้อรัง                             | <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย | <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย |
| (ข) กรดไหลย้อน, นิ่ว, ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง, ไขมันสูง, โรคไต, วัณโรค, วัณโรคปอด, วัณโรคกระดูก, เยื่อหุ้มสมองอักเสบ, วัณโรคปอดอักเสบเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย | <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย |
| (ค) กระดูกสันหลังเคลื่อน, หมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท, ข้อเสื่อม, เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง   | <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย | <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย |
| (ง) เส้นประสาทอักเสบ หรือถูกเบียดทับ, ออทิซึม, สมาธิสั้น   | <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย | <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย |

กรณีข้อ 14. ตอบ “เคย” โปรดระบุรายละเอียด

| ข้อมูลของ                | โรค | วัน/เดือน/ปี ที่รักษา | การรักษาและอาการปัจจุบัน | สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ) |
|--------------------------|-----|-----------------------|--------------------------|--|
| ผู้เอาประกันภัย/ผู้เยาว์ |     |                       |                          |  |
| ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย    |     |                       |                          |  |

## คำแถลงและการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ได้ทราบและเข้าใจคำถามตามที่ระบุในหนังสือรับรองสุขภาพทุกข้อ และขอยืนยันว่าถ้อยแถลงและคำตอบในหนังสือฉบับนี้เป็นความจริงทุกข้อ และข้าพเจ้าตกลงให้บริษัทฯ ถือเอาคำตอบดังกล่าวเป็นหลักฐานสำหรับการพิจารณาการกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการเปลี่ยนแปลง หรือการเพิ่มเติมใดๆ ของกรมธรรม์ประกันภัยฉบับข้างต้น ตลอดจนสัญญาเพิ่มเติมที่แนบกรมธรรม์ฉบับดังกล่าว

ข้าพเจ้ายินยอมว่า การกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการเปลี่ยนแปลง หรือเพิ่มเติมข้างต้น จะไม่ถือว่า มีผลบังคับ แม้จะได้มีการชำระเงินหรือมีการตกลงเรื่องการชำระเงิน หรือบันทึกรายการเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยใดๆ จนกว่าเจ้าหน้าที่ผู้รับมอบอำนาจทางบริษัทจะได้พิจารณาอนุมัติแล้ว

ในกรณีที่คำขอนี้ใช้เพื่อการกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการเพิ่มเติม หรือเปลี่ยนแปลงสัญญาเพิ่มเติมใดๆ ข้อกำหนดในกรมธรรม์ประกันภัยเรื่องการไม่ได้แย้งหรือคัดค้านความไม่สมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย จะนำมาใช้บังคับใหม่กับการกลับคืนสู่สถานะเดิมหรือการเพิ่มเติมเปลี่ยนแปลงสัญญาเพิ่มเติมใดๆ นับตั้งแต่วันที่บริษัทฯ ได้พิจารณาอนุมัติคำขอดังกล่าว

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีบันทึกเรื่องราวของข้าพเจ้า หรือประวัติความเจ็บป่วยของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัทฯ ได้

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ ทำการจัดเก็บ รวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลอ่อนไหว (ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพหรือความพิการ ประวัติการเจ็บป่วย หรือการรักษาโรคของข้าพเจ้า) เพื่อวัตถุประสงค์ในการรับประกันภัย การคำนวณเบี้ยประกัน การดำเนินการและการให้บริการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยที่ข้าพเจ้าได้ทำไว้กับบริษัทฯ รวมถึงการจัดทำเอกสารสัญญาต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง การดำเนินการจัดส่งกรมธรรม์ การจัดเก็บและสำรองข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์สำหรับการจัดการภายในของบริษัท การจัดเก็บเบี้ยประกันและหนี้สินอื่นๆ (ถ้ามี) การตรวจสอบ การวิเคราะห์ การประมวลผล การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือผลประโยชน์ทางการแพทย์ การจ่ายเบี้ยประกันคืนหากเกิดกรณีการกระทำผิดของตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต การต่ออายุกรมธรรม์ การเปลี่ยนแปลงแก้ไขกรมธรรม์ การยกเลิกกรมธรรม์ หรือการเวนคืนกรมธรรม์ประกันภัย การประกันภัยต่อที่เกี่ยวกับกรมธรรม์หรือประกันภัยของข้าพเจ้า หรือเพื่อการขอเอาประกันภัยใหม่ในภายหลัง การแจ้งข้อมูล และผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ ให้บริการติดตามประสานงาน แก้ไขปัญหา แจ้งเตือนใดๆ เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย รวมถึงเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลข้างต้นของข้าพเจ้าแก่ผู้ให้บริการหรือคู่ค้าของบริษัท เพื่อการให้บริการและปฏิบัติตามสัญญากรมธรรม์ข้างต้นตามคำสั่งหรือในนามของบริษัท และเปิดเผยข้อมูลผู้เอาประกันภัยกับสำนักงาน คปภ. สมาคมประกันชีวิตไทย ผู้รับประกันภัยต่อ

โดยท่านสามารถศึกษานโยบายข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท ได้ที่ [www.chubb.com/th-th/footer/chubblife-privacy-notice.html](http://www.chubb.com/th-th/footer/chubblife-privacy-notice.html)

เขียนที่ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

(ลงชื่อ) .....  
(.....)

(ลงชื่อ) .....  
(.....)

ผู้ให้ความยินยอม (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ผู้เอาประกันภัย

ในฐานะ  บิดา/มารดา  ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัยในกรณีผู้เยาว์

| พยาน / ตัวแทนหลัก / นายหน้า | พยาน / ตัวแทนหลัก / นายหน้า |
|-----------------------------|-----------------------------|
| ลงชื่อ.....<br>(.....)      | ลงชื่อ.....<br>(.....)      |
| หน่วย.....โทรศัพท์.....     | หน่วย.....โทรศัพท์.....     |