



บริษัท เจนเนอรัลลี่ ประกันชีวิต (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)

87/2 อาคารซีอาร์ซี ทาวเวอร์ ออลซีซั่นส์ ไอเวส ชั้น 16 ยูนิท 1602 - 1605
ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10330
โทร. 02-685-3828 โทรสาร 02-685-3829

คำแถลงสุขภาพของผู้เอาประกันภัย

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย
ผู้เอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจ
เป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธ ไม่จ่ายค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย
ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ช่องทางการจำหน่าย ตัวแทน นายหน้า ทางโทรศัพท์
ผู้ให้บริการ รหัส
หน่วยงาน โทรศัพท์.....

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่

ผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์

1) ชื่อ

2) เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

3) อายุ ปี สถานที่ติดต่อ.....
..... โทรศัพท์.....

4) อาชีพ หน้าที่การงานประจำวัน.....

5) ชื่อสถานที่ทำงาน/นายจ้าง ที่อยู่ และลักษณะธุรกิจ.....
..... รายได้ต่อปี บาท

6) ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.

7) ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านน้ำหนักเปลี่ยนแปลงหรือไม่
 ไม่เปลี่ยนแปลง เปลี่ยนแปลง เพราะ

8) ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ ไม่ใช่ ใช่

9) ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติด
หรือไม่ ไม่เคย เคย

10) ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่
 ไม่เสพ / ไม่เคย
 เสพ / เคย ชนิด ปริมาณ
ความถี่ ครั้ง/สัปดาห์ เสพมานาน ปี เลิกเสพเมื่อ.....

11) ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่
 ไม่ดื่ม / ไม่เคยดื่ม
 ดื่ม / เคย ชนิด ปริมาณ
ความถี่ ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน ปี เลิกดื่มเมื่อ.....

12) ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่
 ไม่สูบบุหรี่ / ไม่เคยดื่ม
 ดื่ม / เคย ชนิด ปริมาณ
ความถี่ ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน ปี เลิกดื่มเมื่อ.....

13) สามี / ภรรยาของท่านเป็นโรคเอดส์ (HIV) หรือไวรัสตับอักเสบบ หรือไม่
 ไม่เป็น เป็น โปรระบุ โรคเอดส์ โรคไวรัสตับอักเสบบ

14) บิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดาของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์
ว่าเป็น หรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคกระเพาะ โรคเบาหวาน โรคไต โรคความ
ดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือ โรคไวรัสตับ
อักเสบบ หรือไม่
 ไม่เป็น เป็น โปรระบุ (ใคร).....เป็นโรค.....

15) ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข
สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนผู้สถานะเดิมของกรมธรรม์หรือการขอต่อ
อายุกรมธรรม์จากบริษัทนี้ หรือบริษัทอื่นหรือไม่
 ไม่เคย เคย สาเหตุ.....เมื่อ.....

16) ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมาท่านเคยได้รับการตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการ
ตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น เอกซเรย์ ตรวจคลื่นหัวใจ ตรวจเลือด หรือตรวจด้วยเครื่องมือ
พิเศษอื่นๆหรือไม่
 ไม่เคย เคย ตรวจ
เมื่อ สถานพยาบาล..... ผล.....

17) ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมาท่านได้รับบาดเจ็บ เจ็บป่วย ผ่าตัด ปรีกษาแพทย์ การแนะนำ
จากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ หรือการรักษาในสถานพยาบาลหรือไม่
 ไม่เคย เคย อาการเมื่อ.....
สถานพยาบาล..... ผล.....

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีมีสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัย)

1) ชื่อ

2) เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

3) อายุ ปี สถานที่ติดต่อ.....
..... โทรศัพท์.....

4) อาชีพ หน้าที่การงานประจำวัน.....

5) ชื่อสถานที่ทำงาน/นายจ้าง ที่อยู่ และลักษณะธุรกิจ.....
..... รายได้ต่อปี บาท

6) ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.

7) ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านน้ำหนักเปลี่ยนแปลงหรือไม่
 ไม่เปลี่ยนแปลง เปลี่ยนแปลง เพราะ

8) ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ ไม่ใช่ ใช่

9) ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติด
หรือไม่ ไม่เคย เคย

10) ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่
 ไม่เสพ / ไม่เคย
 เสพ / เคย ชนิด ปริมาณ
ความถี่ ครั้ง/สัปดาห์ เสพมานาน ปี เลิกเสพเมื่อ.....

11) ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่
 ไม่ดื่ม / ไม่เคยดื่ม
 ดื่ม / เคย ชนิด ปริมาณ
ความถี่ ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน ปี เลิกดื่มเมื่อ.....

12) ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่
 ไม่สูบบุหรี่ / ไม่เคยดื่ม
 ดื่ม / เคย ชนิด ปริมาณ
ความถี่ ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน ปี เลิกดื่มเมื่อ.....

13) สามี / ภรรยาของท่านเป็นโรคเอดส์ (HIV) หรือไวรัสตับอักเสบบ หรือไม่
 ไม่เป็น เป็น โปรระบุ โรคเอดส์ โรคไวรัสตับอักเสบบ

14) บิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดาของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์
ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคกระเพาะ โรคเบาหวาน โรคไต โรคความ
ดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับ
อักเสบบ หรือไม่
 ไม่เป็น เป็น โปรระบุ (ใคร).....เป็นโรค.....

15) ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข
สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนผู้สถานะเดิมของกรมธรรม์หรือการขอต่อ
อายุกรมธรรม์จากบริษัทนี้ หรือบริษัทอื่นหรือไม่
 ไม่เคย เคย สาเหตุ.....เมื่อ.....

16) ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมาท่านเคยได้รับการตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการ
ตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น เอกซเรย์ ตรวจคลื่นหัวใจ ตรวจเลือด หรือตรวจด้วยเครื่องมือ
พิเศษอื่นๆหรือไม่
 ไม่เคย เคย ตรวจ
เมื่อ สถานพยาบาล..... ผล.....

17) ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมาท่านได้รับบาดเจ็บ เจ็บป่วย ผ่าตัด ปรีกษาแพทย์ การแนะนำ
จากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ หรือการรักษาในสถานพยาบาลหรือไม่
 ไม่เคย เคย อาการเมื่อ.....
สถานพยาบาล..... ผล.....

ข้อมูลสุขภาพ	ผู้เอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	
	ไม่ใช้/ไม่เคย	ใช่/เคย	ไม่ใช้/ไม่เคย	ใช่/เคย
18) ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกต โดยแพทย์ว่าเจ็บป่วยตามรายการต่อไปนี้หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- สายตาพิการ, โรคจอประสาทตา, ต้อหิน, พิการทางร่างกาย, โรคจิต, โรคประสาท, โรคซึมเศร้า, ความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- โรคปอดหรือปอดอักเสบ, วัณโรค, หอบหืด, ปอดอุดกั้นเรื้อรัง, ถุงลมโป่งพอง, ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- โรคหลอดเลือดในสมอง, อัมพฤกษ์/อัมพาต, ความดันโลหิตสูง, โรคหัวใจ, เส้นเลือดหัวใจตีบ, โรคหลอดเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- โรคเบาหวาน, โรคไทรอยด์, โรคต่อมไทรอยด์, โรคเลือด, โรคมะเร็ง, เนื้องอก, ก้อนหรือถุงน้ำ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- โรคเอดส์/ภูมิคุ้มกันบกพร่อง, กามโรค(ภายใน 2 ปี)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- โรคเอสแอลอี, โรคหนังแข็ง, โรคพาร์กินสัน, โรคข้ออักเสบ, โรคชัก, โรคเก๊าท์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- โรคแผลในทางเดินอาหาร, โรคตับหรือทางเดินน้ำดี, พืชสุราเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- โรคติชาน, ม้ามโต, โรคตับอ่อนอักเสบ, โรคไต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการดังต่อไปนี้ หรือไม่	ไม่ใช้/ไม่เคย	ใช่/เคย	ไม่ใช้/ไม่เคย	ใช่/เคย
- การมองเห็นผิดปกติ, กล้ามเนื้ออ่อนแรง, การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ, สูญเสียประสาทรับความรู้สึก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- มีพัฒนาการช้า, ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ไอเรื้อรัง, ไอเป็นเลือด, เหนื่อยง่ายผิดปกติ, เจ็บหรือแน่นหน้าอก, ใจสั่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ปวดท้องเรื้อรัง, อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด, ท้องมาน, ท้องเสียเรื้อรัง, มีเลือดปนในปัสสาวะ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ปวดข้อเรื้อรัง, จ้ำเลือด, คลำพบก้อนเนื้อ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา มีอาการอ่อนเพลีย, น้ำหนักลด, ท้องเดินเรื้อรัง, ไข้เรื้อรัง, โรคผิวหนังเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
คำถามเฉพาะผู้เอาประกันภัย หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัยที่เป็นสตรี	ไม่ใช้/ไม่เคย	ใช่/เคย	ไม่ใช้/ไม่เคย	ใช่/เคย
- กำลังตั้งครรภ์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> เดือน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> เดือน
- มีโรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์และคลอดบุตร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
คำถามสำหรับการขอซื้อสัญญาเพิ่มเติมสุขภาพ หรือโรคร้ายแรง				
20) ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าเป็นโรคต่อไปนี้ หรือไม่ คิดชื่อในหูชั้นกลาง, ต่อมทอลซิลอักเสบเรื้อรัง, ไชน์สอักเสบ, ภูมิแพ้				
ปวดศีรษะไมเกรน, หลอดลมอักเสบเรื้อรัง, กรดไหลย้อน, น้ำ, ถุงน้ำดีอักเสบ, ไส้เลื่อน, ริดสีดวงทวาร, ฟันคุดขา, เยื่อจมูกอักเสบเรื้อรัง, กระจกตาหลังเคลื่อน, หมอนรองกระดูก				
เคลื่อนหรือทับเส้นประสาท, ข้อเสื่อม, เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง, เส้นประสาทอักเสบหรือถูกบีบรัด, ออทอสติก,สมาธิสั้น หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย				
กรณีตอบใช่/เคย ในคำถามข้อ 18 - 20 โปรดระบุข้อมูลเพิ่มเติมในตารางด้านล่าง				
ผู้ป่วย	โรค/อาการ	วันที่เข้ารับการรักษา	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาล
การให้คำยืนยันและการมอบอำนาจของผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย				
1. ข้าพเจ้ายืนยันว่าคำตอบทุกข้อในคำแถลงสุขภาพนี้ รวมถึงข้อเท็จจริงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งผู้เอาประกันภัยเข้าใจดีว่า หากผู้เอาประกันภัย				
ไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการเปลี่ยนแปลงหรือการเพิ่มสัญญาเพิ่มเติม และการขอต่ออายุกรมธรรม์				
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยหรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีประวัติสุขภาพของผู้เอาประกันภัยที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือ				
ผู้แทนของบริษัท เพื่อการเปลี่ยนแปลงหรือการเพิ่มสัญญาเพิ่มเติม และการขอต่ออายุกรมธรรม์ได้				
3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อบริษัทประกันหรือองค์กรหรือบุคคลอื่นหรือหน่วยงานของรัฐเพื่อการ				
เปลี่ยนแปลงหรือการเพิ่มสัญญาเพิ่มเติม และการขอต่ออายุกรมธรรม์ได้				
4. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย				
เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย				
.....		วันที่	เดือน.....	ปี
พยาน ผู้ให้บริการ		ผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์		
.....			
พยาน ผู้ให้บริการ		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย / ผู้ปกครอง		