



## คำแถลงสุขภาพของผู้เอาประกันภัย

วันที่ : ...../...../.....

**คำเตือน** ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้เอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ .....	ช่องทางการจัดจำหน่าย <input type="checkbox"/> ตัวแทน <input type="checkbox"/> นายหน้า <input type="checkbox"/> ทางโทรศัพท์ หน่วยงาน ..... โทรศัพท์ .....
<b>ผู้เอาประกันภัยทั่วไป หรือ ผู้เยาว์</b>	<b>ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีมีสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัย)</b>
1) ชื่อ- นามสกุล..... 2) เลขบัตรประชาชน <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> อายุ ..... ปี 3) เบอร์มือถือที่ติดต่อได้ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> กรุณากรอกข้อมูลเบอร์ติดต่อปัจจุบัน เพื่อให้บริษัทฯ สามารถให้บริการช่วยเหลือ และติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับกรมธรรม์ของท่าน หากข้อมูลในคำร้องนี้ต่างจากที่เคยแจ้งไว้ บริษัทฯ ขอปรับปรุงข้อมูลในทุกกรมธรรม์ที่ท่านมีอยู่กับบริษัทฯ ให้เป็นปัจจุบัน 4) อาชีพ..... 5) ชื่อสถานที่ทำงาน/โรงเรียน..... ที่อยู่..... ลักษณะธุรกิจ.....รายได้ต่อปี .....บาท 6) ส่วนสูง ..... ซม. น้ำหนัก .....กก. 7) ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านน้ำหนักเปลี่ยนแปลงหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เปลี่ยนแปลง <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลง เพราะ ..... 8) ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ 9) ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย 10) ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติดหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เสพ/ไม่เคย <input type="checkbox"/> เสพ/เคย ชนิด..... ปริมาณ ..... ความถี่ ..... ครั้ง/สัปดาห์ เสพมานาน ..... ปี เลิกเสพเมื่อ ..... 11) ท่านดื่มหรือเคยดื่ม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ดื่ม/ไม่เคยดื่ม <input type="checkbox"/> ดื่ม/เคย ชนิด..... ปริมาณ ..... ความถี่ ..... ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน ..... ปี เลิกดื่มเมื่อ ..... 12) ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่สูบบุหรี่/ไม่เคยสูบบุหรี่ <input type="checkbox"/> สูบบุหรี่/เคย ชนิด..... ปริมาณ ..... ความถี่ ..... ครั้ง/สัปดาห์ สูบมานาน ..... ปี เลิกสูบบุหรี่เมื่อ ..... 13) สามเณร/ภรรยา ของท่านเป็นโรคเอดส์ (HIV) หรือไวรัสตับอักเสบบหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> เป็น โปรดระบุ <input type="radio"/> โรคเอดส์ <input type="radio"/> โรคไวรัสตับอักเสบบ	1) ชื่อ- นามสกุล..... 2) เลขบัตรประชาชน <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> อายุ ..... ปี 3) เบอร์มือถือที่ติดต่อได้ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> กรุณากรอกข้อมูลเบอร์ติดต่อปัจจุบัน เพื่อให้บริษัทฯ สามารถให้บริการช่วยเหลือ และติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับกรมธรรม์ของท่าน หากข้อมูลในคำร้องนี้ต่างจากที่เคยแจ้งไว้ บริษัทฯ ขอปรับปรุงข้อมูลในทุกกรมธรรม์ที่ท่านมีอยู่กับบริษัทฯ ให้เป็นปัจจุบัน 4) อาชีพ..... 5) ชื่อสถานที่ทำงาน/โรงเรียน..... ที่อยู่..... ลักษณะธุรกิจ.....รายได้ต่อปี .....บาท 6) ส่วนสูง ..... ซม. น้ำหนัก ..... กก. 7) ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านน้ำหนักเปลี่ยนแปลงหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เปลี่ยนแปลง <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลง เพราะ ..... 8) ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ 9) ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย 10) ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติดหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เสพ/ไม่เคย <input type="checkbox"/> เสพ/เคย ชนิด..... ปริมาณ ..... ความถี่ ..... ครั้ง/สัปดาห์ เสพมานาน ..... ปี เลิกเสพเมื่อ ..... 11) ท่านดื่มหรือเคยดื่ม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ดื่ม/ไม่เคยดื่ม <input type="checkbox"/> ดื่ม/เคย ชนิด..... ปริมาณ ..... ความถี่ ..... ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน ..... ปี เลิกดื่มเมื่อ ..... 12) ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่สูบบุหรี่/ไม่เคยสูบบุหรี่ <input type="checkbox"/> สูบบุหรี่/เคย ชนิด..... ปริมาณ ..... ความถี่ ..... ครั้ง/สัปดาห์ สูบมานาน ..... ปี เลิกสูบบุหรี่เมื่อ ..... 13) สามเณร/ภรรยา ของท่านเป็นโรคเอดส์ (HIV) หรือไวรัสตับอักเสบบหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> เป็น โปรดระบุ <input type="radio"/> โรคเอดส์ <input type="radio"/> โรคไวรัสตับอักเสบบ



**บริษัท เจเนอราลี ประกันภัย (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)**  
 87/2 อาคารซีอาร์ซี ทาวเวอร์ ออลซีซั่นส์ เฟส ชั้น 16 ยูนิท 1601 และ 1607  
 ถนนวิภาวดี แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10330  
 สำนักงานใหญ่ โทร : 02-685-3828 โทรสาร : 02-685-3830  
 ทะเบียนเลขที่ 0107555000571

<p>14) บิดา/มารดา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดาของท่าน เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคเมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตาย หรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือ โรคไวรัสตับอักเสบหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เป็น</p> <p><input type="checkbox"/> เป็น โปรดระบุ(ใคร).....เป็นโรค.....</p> <p>15) ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์ หรือการขอต่ออายุกรมธรรม์จากบริษัทนี้ หรือบริษัทอื่นหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย สาเหตุ .....เมื่อ .....</p> <p>16) ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น เอกซเรย์ ตรวจคลื่นหัวใจ ตรวจเลือด หรือตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ตรวจ .....เมื่อ.....</p> <p>สถานพยาบาล ..... ผล .....</p> <p>17) ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านได้รับบาดเจ็บ เจ็บป่วย ผ่าตัด ปฏิเสธแพทย์ มีการแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ หรือเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย อาการ ..... เมื่อ .....</p> <p>สถานพยาบาล ..... ผล .....</p>	<p>14) บิดา/มารดา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดาของท่าน เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคเมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตาย หรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือ โรคไวรัสตับอักเสบหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เป็น</p> <p><input type="checkbox"/> เป็น โปรดระบุ(ใคร).....เป็นโรค.....</p> <p>15) ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์ หรือการขอต่ออายุกรมธรรม์จากบริษัทนี้ หรือบริษัทอื่นหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย สาเหตุ .....เมื่อ .....</p> <p>16) ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น เอกซเรย์ ตรวจคลื่นหัวใจ ตรวจเลือด หรือตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ตรวจ .....เมื่อ.....</p> <p>สถานพยาบาล ..... ผล .....</p> <p>17) ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านได้รับบาดเจ็บ เจ็บป่วย ผ่าตัด ปฏิเสธแพทย์ มีการแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ หรือเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย อาการ ..... เมื่อ .....</p> <p>สถานพยาบาล ..... ผล .....</p>
--	--

18) ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือถูกตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าเจ็บป่วยตามรายการต่อไปนี้หรือไม่	ผู้เอาประกันภัย/ผู้เยาว์		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	
	ไม่ใช่/ไม่เคย	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย	ใช่/เคย
- สายตาพิการ, โรคจอประสาทตา, ต้อหิน, พิการทางร่างกาย, ดาวนซ์ซินโดรม, โรคจิต, โรคประสาท, โรคซึมเศร้า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- โรคปอดหรือปอดอักเสบ, วัณโรค, หอบหืด, ปอดอุดกั้นเรื้อรัง, ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง, 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, โรคเมะเร็ง, 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"/>
- โรคออสเทลโลส, โรคหนึ่งเข็ง, โรคพาร์กินสัน, โรคข้ออักเสบ, โรคชัก, โรคเก๊าท์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- โรคแผลในทางเดินอาหาร, โรคตับหรือทางเดินน้ำดี, พิษสุราเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- โรคติชาน, บำมไต, โรคตับอ่อนอักเสบ, โรคไต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการดังต่อไปนี้ หรือไม่	ไม่ใช่/ไม่เคย	ใช่/เคย	ไม่ใช่/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, จำลือ, 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"/>

