



บริษัท เอไอเอ จำกัด

เอไอเอ ทาวเวอร์ 181 ถนนสุรวงศ์ เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

โทรศัพท์ (0) 2634 8888 โทรสาร (0) 2236 6452 AIA Call Center 1581

AIA.CO.TH

หนังสือรับรองสุขภาพ

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ใบคำขอเพื่อ

- การกลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์
- การเพิ่มสัญญาเพิ่มเติม
- การเปลี่ยนแปลง / การเพิ่มจำนวนเอาประกันภัย
- การยกเลิก / การลดอัตราสุขภาพหรืออัตราอาชีพ

ตัวแทนบริการ	_____	รหัส	_____
หน่วย	_____	รหัส	_____
อาคาร	_____	โทรศัพท์	_____

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ _____ ที่อยู่ _____ _____ รหัสไปรษณีย์ _____ โทร. _____ อาชีพและหน้าที่การงานประจำวันของท่าน _____ นามของนายจ้าง ที่อยู่ และลักษณะธุรกิจ _____ รายได้ต่อปีประมาณปีละ _____ บาท	ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เยาว์ อายุ _____ ปี _____ สถานะครอบครัว [] โสด [] สมรส [] หม้าย [] หย่า _____ _____ _____ บาท	ชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย อายุ _____ ปี _____ (สำหรับกรมธรรม์เยาวชนที่มีผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยแบบอยู่) สถานะครอบครัว [] โสด [] สมรส [] หม้าย [] หย่า _____ _____ _____ บาท
1 (ก) ท่าน / ผู้เยาว์ หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัยมี ส่วนสูง และน้ำหนักในปัจจุบันเท่าไร? ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักของท่าน/ผู้เยาว์ หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัยมีการเปลี่ยนแปลง มากกว่า 3 กก. (7ปอนด์) หรือไม่? (ถ้าใช่ระบุเหตุผลที่มีการเปลี่ยนแปลง) (ข) ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ประจำของท่าน/ผู้เยาว์ หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (ค) วันที่ที่ท่าน ได้พบและปรึกษาแพทย์ครั้งสุดท้ายเมื่อใด? สาเหตุที่พบและผล	(ก) ส่วนสูง _____ ซม. น้ำหนัก _____ กก. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ _____ (ข) _____ _____ (ค) _____ _____	(ก) ส่วนสูง _____ ซม. น้ำหนัก _____ กก. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ _____ (ข) _____ _____ (ค) _____ _____
กรมธรรม์เยาวชนที่มีผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยแบบอยู่ กรุณาตอบคำถามในช่องผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วย	ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เยาว์	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีกรมธรรม์เยาวชน)
2 ท่าน/ผู้เยาว์/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย หรือคนใดคนหนึ่ง ในครอบครัวของท่าน เคยตรวจพบเลือดบวกต่อไวรัสเอดส์ หรือเคยได้รับคำแนะนำและ/หรือการรักษาโรคเอดส์ (โรคมุมักมึ่มกันบกพร่อง) หรือมีอาการต่อไปนี้ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาเป็นระยะเวลาติดต่อกันเกินกว่า 1 สัปดาห์ ได้แก่ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ ท้องเดินเรื้อรัง ต่อมทอนซิลโตเหลืองโตแห้งออกเวลากลางคืน หรือมีโรคผิวหนังที่ผิดปกติ ไข้เรื้อรัง ปอดอักเสบ หรือไม่	ใช่ / เคย ไม่ใช่ / ไม่เคย <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ใช่ / เคย ไม่ใช่ / ไม่เคย <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



กรรมกรรมเยาวชนที่มีผลประ โยชน์ผู้ชำระเบีย่ประกันภัยแนบอยู่ กรุณาตอบคำถามในช่องผู้ชำระเบีย่ประกันภัยด้วย	ผู้ขอเอาประกันภัย /ผู้เยาว์		ผู้ชำระเบีย่ประกันภัย (กรณีกรรมกรรมเยาวชน)	
3 ท่าน / ผู้เยาว์ ผู้ชำระเบีย่ประกันภัย หรือคนใดคนหนึ่งในครอบครัวของท่าน (บิดา, มารดา, พี่น้อง) เป็นหรือเคยเป็น โปลิโอ, โรคไต, โรคหัวใจ, โรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, โรคระบบประสาทมัลติเพิลสเคลีโรสิส (multiple sclerosis), โรคตับอักเสบ, โรคตับแข็ง, โรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว, อัมพาต, โรคกล้ามเนื้อเสื่อม หรือโรคอื่นๆ ที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม, การผ่าตัดเอาถุงน้ำหรือเนื้องอกออก, เป็นพาหะของไวรัสตับอักเสบ หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งหรือไม่	ใช่ / เคย <input type="checkbox"/>	ไม่ใช่ / ไม่เคย <input type="checkbox"/>	ใช่ / เคย <input type="checkbox"/>	ไม่ใช่ / ไม่เคย <input type="checkbox"/>
4 ท่าน / ผู้เยาว์ ผู้ชำระเบีย่ประกันภัย หรือคนใดคนหนึ่งในครอบครัวของท่าน (บิดา, มารดา, พี่น้อง) หรือคู่สมรสเคยเป็นวัณโรค, โรคเบาหวาน, โรคหัวใจ, โรคระบบประสาท หรือมีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 ท่าน / ผู้เยาว์ / ผู้ชำระเบีย่ประกันภัย เคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติดใดๆ หรือยาประเภทมึนเมา หรือเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับยาเสพติดบ้างหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 (ก) ท่าน / ผู้เยาว์ / ผู้ชำระเบีย่ประกันภัยสูบบุหรี่หรือไม่ ถ้าใช่ สูบมาเป็นเวลา _____ ปี ประมาณวันละ _____ มวน (ข) ใน 1 ปีที่ผ่านมา ท่าน / ผู้เยาว์ / ผู้ชำระเบีย่ประกันภัยดื่มสุราเป็นประจำหรือไม่ (ค) ในอดีต ท่าน / ผู้เยาว์ / ผู้ชำระเบีย่ประกันภัย เคยสูบบุหรี่หรือดื่มสุราในปริมาณมากกว่าปัจจุบันหรือไม่ ถ้าใช่ เลิก / ลดการสูบบุหรี่หรือดื่มมานาน _____ ปี สาเหตุที่เลิก/ลด _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 ท่าน / ผู้เยาว์ / ผู้ชำระเบีย่ประกันภัยเคยเป็น หรือเคยทราบว่าเป็น หรือเคยได้รับคำแนะนำ และ/หรือการรักษาต่อไปนี้หรือไม่ (ก) โรคเกี่ยวกับตา หู จมูก หรือคอ รวมทั้งการมีเลือดกำเดาออกบ่อย (ข) วัณโรค, โรคเบาหวาน, โรคไต, โรคตับอักเสบ, โรคตับแข็ง, โรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก, โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว, อัมพาต, โรคกล้ามเนื้อเสื่อม หรือโรคอื่นๆ ที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม, การผ่าตัดเอาถุงน้ำหรือเนื้องอกออก, เป็นพาหะของไวรัสตับอักเสบ หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งหรือไม่ (ค) ไส้เลื่อน, โรคหัวใจ, โรคไต, โรคตับอักเสบ, โรคตับแข็ง, โรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก, โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว, อัมพาต, โรคกล้ามเนื้อเสื่อม หรือโรคอื่นๆ ที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม, การผ่าตัดเอาถุงน้ำหรือเนื้องอกออก, เป็นพาหะของไวรัสตับอักเสบ หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งหรือไม่ (ง) อากาศเจ็บหน้าอก, ความดันโลหิตสูง, โรคของหลอดเลือดสมอง (Stroke) และโรคหัวใจและลิ้นหัวใจ หรือผนังหัวใจรั่ว (Murmur) โรคเลือด หลอดเลือด หลอดน้ำเหลือง หรือโรคท่อน้ำดี (จ) อาหารไม่ย่อยบ่อยๆ (ท้องอืด), แผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้, เลือดออกในทางเดินอาหาร อาเจียนเป็นเลือด, ไส้เลื่อน หรือโรคใดๆ เกี่ยวกับตับ, ตับอ่อน, ถุงน้ำดี, กระเพาะอาหาร, ลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (ฉ) โรคไต, นิ้ว, กามโรค บัสสาวะมีเลือดปน, หรือโรคใดๆ เกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ หรือระบบขับถ่ายบัสสาวะ (ช) โรคเบาหวาน, คอพอก หรือโรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ (ซ) โรคมะเร็ง, เนื้องอก, ตุ่มเนื้อ หรืออวัยวะใดๆ ที่งอกขึ้นหรือโตขึ้นผิดปกติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

กรรมกรรรม์เยาาชนที่มผลประโยชนผู้ชำระเบี่ยประกนกันภยเนบอยู่ กรณาคอบค้ตามในช่องผู้ชำระเบี่ยประกนกันภยด้วย	ผู้ขอเอาประกนกันภย /ผู้เยาา	ผู้ชำระเบี่ยประกนกันภย (กรณักรรมกรรรม์เยาาชน)
	ใช่ / เคย ไม่ใช่ / ไมเคย	ใช่ / เคย ไม่ใช่ / ไมเคย
7 (ญ) ใ้เรื้อรัง, ใ้รูมาติก, ใ้อักเสบ, โรคเก้ท (Gout) โรคแพ้ภูมิตัวเอง หรือ โรคใ้ใดๆ เกี่ยกับ กระจุกสันหลัง, กระจุกข้อต่อหรือกล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8 ในระยะเวลา 5 ปี ที่ผ่านม้ท่าน / ผู้เยาา / ผู้ชำระเบี่ยประกนกันภยเคย (ก) ม้การตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอ๊กซ์เรย์ การตรวจหัวใจด้วยเครื่องไฟฟ้า หรือการตรวจเลือดหรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม (ข) ม้การบาดเจ็บ, เจ็บป่วย, การผ่าตัด, การปรึษาแพทย การแนะนำจากแพทยเกี่ยกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่มีใ้ระบุไว้ข้างต้น หรือไม	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9 ในปัจจุบันท่าน / ผู้เยาา / ผู้ชำระเบี่ยประกนกันภยมีส่วนร่วมในการทหาร หรือในการขับเครื่องบินหรือ การโดยสารที่มีใ้สายการบินพาณิชย์หรือการแข่งขันกีฬาที่มีความเสี่ยงภย เช่นการแข่งขันรถยนต์ จักรยานยนต์ แข่งม้า แข่งเรือ ชกมวย ดำน้ำหรือไม	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10 ท่าน / ผู้เยาา / ผู้ชำระเบี่ยประกนกันภย เคยอยู่นอกประเทศไทย ติดต่อกันเกิน 3 เดือนหรือไม	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11 ท่าน / ผู้เยาา / ผู้ชำระเบี่ยประกนกันภย เคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกนกันภย เพิ่มอัตราเบี่ยประกนกันภย หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการรับประกนกันภย หรือต่ออายุกรรมกรรรม์ประกนกันภยจากบริษัทนี้ หรือบริษัท อื่นบ้างหรือไม	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12 เฉพาะสตรี (ก) ท่าน / ผู้เยาา / ผู้ชำระเบี่ยประกนกันภย กำลังตั้งครรภหรือไม ถ้าใช่ขณะนี้ตั้งครรภเป็น เวลา _____ เดือน (ข) ท่าน / ผู้เยาา / ผู้ชำระเบี่ยประกนกันภย เคยมีความผิดปกติของเต้านม หรืออวัยวะสืบพันธุ์ ตั้งแต่แรกเกิดหรือไม (ค) ท่าน / ผู้เยาา / ผู้ชำระเบี่ยประกนกันภย เคยใ้รับคำแนะนำใ้ตรวจภายใน, ตรวจเต้านม เช่น เอ๊กซ์เรย์เต้านม (Mammography) หรือตัดชิ้นเนื้อไปตรวจหรือไม (ง) ท่าน / ผู้เยาา / ผู้ชำระเบี่ยประกนกันภย เคยไปพบแพทยด้านความผิดปกติของประจำเดือน เต้านม, คลอดบุตรยาก หรือเป็นโรคทางเพศสัมพันธ์หรือไม (จ) ท่าน / ผู้เยาา / ผู้ชำระเบี่ยประกนกันภย หรือคนใดคนหนึ่งใ้ในครอบครัวของท่านเคยมี ประวัติเป็นโรคมะเร็งเต้านมหรือไม (รวมทั้งมารดา ย่า ยาย ป้า น้า อา พี่น้อง)	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13 ถ้าคำตอบในข้อ 2-12 เป็นคำตอบรับ โปรดใ้รายละเอียด (ระบุเลขข้อคำถามโดยวงกลมข้อที่เกี่ยข้อง) รวมถึงการตรวจวินิจฉัยโรค วันที่ ระยะเวลา ใ้และที่อยู่ของบรรดาแพทยที่เคยตรวจรักษา	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

การให้คำยืนยันและการมอบอำนาจของผู้เอาประกันภัย

ข้าพเจ้าขอให้คำยืนยันว่า ข้าพเจ้าได้อ่านคำขอ หรือ ได้รับการอธิบายข้อความดังกล่าว และข้าพเจ้ารับรองในนามตนเองและในนามของบุคคลอื่นใด ซึ่งอาจมี หรืออ้างสิทธิผลประโยชน์ตามกฎหมายตามที่คุ้มครองว่า คำตอบข้างต้นนั้นครบถ้วนสมบูรณ์ และเป็นความจริง และข้าพเจ้าตกลงให้ถือเอา คำตอบดังกล่าวเป็นพื้นฐานสำหรับการพิจารณาการกลับคืนสู่สถานะเดิมหรือการเปลี่ยนแปลงหรือการเพิ่มสัญญาเพิ่มเติมกรมธรรม์ประกันภัยเช่นนั้น จะไม่ถือว่ามิผลบังคับ แม้จะมีการชำระเงิน หรือมีการตกลงเรื่องการชำระเงิน หรือบันทึกรายการเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยใด ๆ จนกว่าเจ้าหน้าที่ผู้รับมอบอำนาจของบริษัทจะอนุมัติหนังสือรับรองสุขภาพฉบับนี้โดยชอบแล้ว ข้าพเจ้ายังยินยอมต่อไปว่า ถ้าบริษัท ได้ยอมรับการขอเพื่อกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการเปลี่ยนแปลง หรือการเพิ่มสัญญาเพิ่มเติมกรมธรรม์ประกันภัยฉบับดังกล่าว ข้างต้นแล้วให้ข้อกำหนดเรื่องการไม่ได้แย่งหรือคัดค้านและข้อกำหนดเรื่องอุบัติเหตุกรรมมีผลบังคับตั้งแต่วันที่ ได้อนุมัติคำขอเพื่อการกลับคืนสู่สถานะเดิมหรือการเปลี่ยนแปลงหรือการเพิ่มสัญญาเพิ่มเติมกรมธรรม์ประกันภัยฉบับดังกล่าวข้างต้นนั้นเป็นต้นไป

พยาน / ตัวแทน

ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์

วันที่ _____

พยาน / ตัวแทน

ลายมือชื่อผู้แทนและผู้ใช้อำนาจปกครอง หรือผู้แทนโดยชอบธรรม

<p>Approved by _____</p> <p>UWID _____</p> <p>Date _____</p>	<p>Underwriters' comment :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	---