

คำแถลงสุขภาพของผู้เอาประกันภัย

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัย

ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย _____ อายุ _____ ปี

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

เลขที่หนังสือเดินทาง _____ อาชีพปัจจุบัน _____ สถานที่ทำงาน _____

โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ _____ อีเมล _____

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"/> สายตาพิการ | <input type="checkbox"/> โรคเม็ดเลือดแดงผิดปกติ | <input type="checkbox"/> โรคแผลในทางเดินอาหาร | <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ | <input type="checkbox"/> โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย |
| <input type="checkbox"/> โรคจอประสาทตา | <input type="checkbox"/> โรคโลหิตจาง | <input type="checkbox"/> โรคตับหรือทางเดินน้ำดี | <input type="checkbox"/> โรคเอสแอลอี | <input type="checkbox"/> พิการทางร่างกาย |
| <input type="checkbox"/> โรคต่อหีน | <input type="checkbox"/> โรคกล้ามเนื้อหัวใจ | <input type="checkbox"/> โรคพิษสุราเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> โรคเลือด | <input type="checkbox"/> โรคจิตเวช |
| <input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดในสมอง | <input type="checkbox"/> โรคหอบหืด | <input type="checkbox"/> โรคของต่อมหมวกไต | <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน | <input type="checkbox"/> โรคระบบประสาท |
| <input type="checkbox"/> โรคอัมพาต/ โรคอัมพฤกษ์ | <input type="checkbox"/> โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> โรคต่อมไทรอยด์ | <input type="checkbox"/> โรคไตเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> โรคซึมเศร้า |
| <input type="checkbox"/> โรคพาร์กินสัน | <input type="checkbox"/> โรคถุงลมโป่งพอง | <input type="checkbox"/> ตีข่าน | <input type="checkbox"/> โรคถุงน้ำในไต | <input type="checkbox"/> ตาเข/ ตาพร่า |
| <input type="checkbox"/> โรคความจำเสื่อม | <input type="checkbox"/> โรคหยุดหายใจขณะหลับ | <input type="checkbox"/> ม้ามโต | <input type="checkbox"/> โรคนิ่ว | <input type="checkbox"/> โรคสมองและเยื่อหุ้มสมอง |
| <input type="checkbox"/> โรคชัก | <input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง | <input type="checkbox"/> โรคตับอ่อนอักเสบ | <input type="checkbox"/> โรคต่อมไทรอยด์ | <input type="checkbox"/> โรคของต่อมใต้สมอง |
| <input type="checkbox"/> โรคปอด หรือปอดอักเสบ | <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ | <input type="checkbox"/> โรคไต | <input type="checkbox"/> เนื้องอก ก้อน หรือถุงน้ำ | <input type="checkbox"/> โรคไขรูมาติก |
| <input type="checkbox"/> โรควัณโรค | <input type="checkbox"/> โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ | <input type="checkbox"/> โรคข้ออักเสบ | <input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง | <input type="checkbox"/> โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) |
| <input type="checkbox"/> โรคไขมันในเลือดสูง | <input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือด | <input type="checkbox"/> โรคเก๊าท์ | <input type="checkbox"/> โรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง | <input type="checkbox"/> ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ |
| <input type="checkbox"/> การมองเห็นผิดปกติ | <input type="checkbox"/> ไอบีเป็นเลือด | <input type="checkbox"/> เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง | <input type="checkbox"/> ปวดข้อเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> ภาวะการมีโปรตีนปนในปัสสาวะ |
| <input type="checkbox"/> กล้ามเนื้ออ่อนแรง | <input type="checkbox"/> เหนื่อยง่ายผิดปกติ | <input type="checkbox"/> อารมณ์อ่อนไหว | <input type="checkbox"/> ท้องผูกเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือมีน้ำตาลในปัสสาวะ |
| <input type="checkbox"/> การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ | <input type="checkbox"/> เจ็บหรือแน่นหน้าอก | <input type="checkbox"/> อาการอ่อนเพลีย | <input type="checkbox"/> มีอวัยวะส่วนเกิน ก้อน หรือติ่งเนื้อในร่างกาย | <input type="checkbox"/> คลื่นไส้ก่อนนอน |
| <input type="checkbox"/> ร่างกายสูญเสียประสาทรับความรู้สึก | <input type="checkbox"/> ใจสั่น | <input type="checkbox"/> น้ำหนักลด | <input type="checkbox"/> ใช้ยาหรือฮอร์โมน | <input type="checkbox"/> การปวดผิดปกติ |
| <input type="checkbox"/> มีพัฒนาการช้า | <input type="checkbox"/> ปวดท้องเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> ท้องเดินเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> มีเลือดปนในปัสสาวะ | <input type="checkbox"/> การได้ยินผิดปกติ |
| <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด | <input type="checkbox"/> ใช้ยาหรือฮอร์โมน | <input type="checkbox"/> หัวใจล้มเหลว | <input type="checkbox"/> การได้ยินผิดปกติ |
| <input type="checkbox"/> ไอบีเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> ท้องมาน | <input type="checkbox"/> ท้องเสียเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> หัวใจล้มเหลว | <input type="checkbox"/> การได้ยินผิดปกติ |

ไม่เคย/ ไม่มี เคย/ มี ถ้าเคย/ มี โปรดระบุรายละเอียด _____

โรค/ อาการ	วันที่เริ่มมีอาการหรือรับการรักษา	สถานพยาบาล (ถ้ามี)	การรักษาและอาการปัจจุบัน

- 5 ในระหว่าง 5 ปี ที่ผ่านมา 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 ท่านมีหรือเคยมีประกันชีวิตหรือประกันสุขภาพ หรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่มี มี

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

- 7 ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการต่ออายุของกรมธรรม์จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด (ปี)

คำถามใช้สำหรับการขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมสุขภาพหรือโรคร้ายแรงหรือโรคมะเร็ง

- 8 ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่ามีอาการหรือป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่ ไม่เคย/ ไม่มี เคย/ มี

- | | | | | |
|---|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ติดเชื้อในหูชั้นกลาง | <input type="checkbox"/> ถุงน้ำดีอักเสบ | <input type="checkbox"/> กรดไหลย้อน | <input type="checkbox"/> หมอนรองกระดูกเคลื่อน | <input type="checkbox"/> ความผิดปกติและโรคเกี่ยวกับต่อมลูกหมาก |
| <input type="checkbox"/> ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> ไล่เลื้อน | <input type="checkbox"/> เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> หรือทับเส้นประสาท | <input type="checkbox"/> สะเก็ดเงิน |
| <input type="checkbox"/> ไชน์สอกอักเสบ | <input type="checkbox"/> ริดสีดวงทวาร | <input type="checkbox"/> ฟันคุด/ ฟันซ้อน | <input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเคลื่อน/ คด/ เสื่อม | <input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง |
| <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะไม่เกรน | <input type="checkbox"/> โรคกระเพาะอาหาร | <input type="checkbox"/> เส้นประสาทอักเสบ | <input type="checkbox"/> ข้อเสื่อม | <input type="checkbox"/> ความผิดปกติและโรคเกี่ยวกับกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ |
| <input type="checkbox"/> ภูมิแพ้ | <input type="checkbox"/> อักเสบเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> หรือถูกเบียดทับ | <input type="checkbox"/> ข้อเสื่อม | |
| <input type="checkbox"/> หลอดลมอักเสบเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> เยื่อโพรงมดลูก | <input type="checkbox"/> ขอบที่ผิดปกติ | <input type="checkbox"/> ความผิดปกติและโรคเกี่ยวกับกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ | |
| <input type="checkbox"/> โรคประสาทหูเสื่อม | <input type="checkbox"/> เจริญผิดปกติ | <input type="checkbox"/> สมาริสัน | | |

โรค/ อาการ	วัน เดือน ปี ที่เริ่มมีอาการหรือรับการรักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัยหรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาล (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

- 9 สำหรับผู้ขอเอาประกันภัยในกรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติมอื่น ๆ นอกเหนือจากค่าแถลง

ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันภัยของผู้ขอเอาประกันภัย หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย

4. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2 หรือข้อ 3 ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อการศึกษาประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัยซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
5. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณาประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน <https://www.ocean.co.th/privacy-policy> รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าแก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- (ก) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัทหากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
- (ข) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้อยู่บังคับ
- (ค) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว <https://www.ocean.co.th/privacy-policy> ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
- (ง) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว ซึ่งรวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว

รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงาน คปภ. แล้วจึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

(ลงชื่อ) _____

(_____)

พยาน

(ลงชื่อ) _____

(_____)

ผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยพิมพ์ลายนิ้วมือต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน)

(ลงชื่อ) _____

(_____)

พยาน

(ลงชื่อ) _____

(_____)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

ผู้แทนโดยชอบธรรม/ ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)