

ส่วนที่ 2 โปรดตอบคำถามในช่องผู้เอาประกันภัย หรือผู้เยาว์ และหากมีสัญญาเพิ่มเติม ผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (สำหรับกรมธรรม์ผู้เยาว์) กรุณาตอบคำถามในช่องผู้ชำระเบี้ย ประกันภัยด้วย	ผู้เอาประกันภัย หรือผู้เยาว์		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีกรมธรรม์ผู้เยาว์)	
	ใช่/ เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย	ใช่/ เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย
1. มีอะไรบกพร่องทางร่างกายหรือสุขภาพของท่าน หรือไม่	☐	☐	☐	☐
2. เฉพาะสตรี ขณะนี้ท่านกำลังมีการตั้งครรภ์ หรือไม่	☐	☐	☐	☐
3. นับตั้งแต่วันที่ยื่นคำขอเอาประกันชีวิตตามกรมธรรม์ประกันภัยฉบับข้างต้น ท่านเคยถูกปฏิเสธ ถูกเลื่อนรับประกันภัย หรือเพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย หรือ รับโดยมีเงื่อนไขจากการขอ เอาประกันชีวิต หรือจากการกลับสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์ประกันชีวิต หรือ การประกันภัย อุบัติเหตุใด ๆ จากบริษัทอื่นหรือไม่	☐	☐	☐	☐
4. นับตั้งแต่วันที่ยื่นคำขอเอาประกันชีวิตตามกรมธรรม์ประกันภัยฉบับข้างต้น ท่านเคยปรึกษา แพทย์/ รับการรักษาหรือได้รับคำแนะนำให้รับการรักษา หยุดงานเป็นเวลานานเกินกว่า 1 สัปดาห์ไม่ว่ากรณีใด ๆ อันเนื่องจากจากความเจ็บป่วย หรือ อุบัติเหตุหรือไม่	☐	☐	☐	☐
5. จำนวนเงินเอาประกันภัยที่มีผลบังคับอยู่และที่กำลังรออนุมัติอยู่ (ถ้ามีโปรดแจ้งรายละเอียด ชื่อบริษัท จำนวนเงินเอาประกันชีวิต อุบัติเหตุ วันที่มีผลบังคับ)	☐	☐	☐	☐
6. ถ้าคำตอบในส่วนที่ 2 ข้อ 1-5 เป็นคำตอบรับ โปรดให้รายละเอียดเพิ่มเติมเช่น สิ่งที่บกพร่องทางร่างกาย, ผลการพิจารณารับประกัน/ บริษัท, อายุครรภ์, สาเหตุและ ผลการตรวจ/รักษา/วัน เดือน ปี/ ระยะเวลา และชื่อที่อยู่ของแพทย์/ สถานพยาบาลที่ตรวจรักษา หากบริษัทต้องการหลักฐานอื่นเพิ่มเติมเพื่อประกอบการพิจารณา นอกเหนือจากที่ข้าพเจ้าได้ส่งมา พร้อมคำร้องฯ นี้ ข้าพเจ้ายินดีที่จะเปิดเผยข้อมูล หรือแสดงหลักฐานเพิ่มเติมจนเป็นที่ พอใจของบริษัท โดยค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการแสดงหลักฐาน เพื่อประกอบการพิจารณาตามคำร้องฯ ฉบับนี้ ข้าพเจ้ายินดีที่จะเป็นผู้รับผิดชอบเองทั้งสิ้น ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าถ้อยแถลง หรือคำตอบซึ่งข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นเป็นข้อความที่ครบถ้วนสมบูรณ์และเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมว่าการกลับสู่สถานะ เดิมหรือการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ข้างต้นจะมีผลก็ต่อเมื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับมอบอำนาจของบริษัทฯ ได้พิจารณาอนุมัติคำขอนี้โดยชอบแล้ว ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ ไม่เคยทราบว่าเป็น หรือเคยรักษาโรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์ และข้าพเจ้าทราบดีว่าถ้าข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ป่วยเป็นโรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์แล้ว บริษัทจะไม่อนุมัติการกลับสู่สถานะเดิม หรือการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ดังที่ได้ระบุไว้ในส่วนต้นของหนังสือนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล คลินิก บริษัทประกันชีวิต หรือองค์การ สถาบัน หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งได้เคยรักษา หรือจะตรวจรักษา ข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ หรือมีบันทึกหรือข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดดังกล่าวให้บริษัททราบได้ รวมทั้งยินยอมให้บริษัท เปิดเผยข้อเท็จจริงอันเกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ต่อบริษัทประกันชีวิตอื่น เพื่อการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเปลี่ยนแปลงใด ๆ ของกรมธรรม์ ประกันภัยของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ เขียนที่วันที่เดือน.....พ.ศ..... ลงชื่อ.....พยาน / ตัวแทน () ลงชื่อ.....พยาน / ตัวแทน () ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย () ลงชื่อ.....ความสัมพันธ์..... () บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์				