

บริษัท โตเกียวมารีนประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

- แบบสอบถามสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองโรคร้ายแรงเอริ ซีไอ แคร่ (CI3N), (CI2N) (ตอบคำถามทุกข้อยกเว้นเพศชาย ไม่ต้องตอบข้อ 2)
- แบบสอบถามสัญญาเพิ่มเติม ฟิเมล สเปนเชียล ดีซีเอส (FSD2) (ตอบเฉพาะข้อ 1 และ 2)
- แบบสอบถามสัญญาเพิ่มเติมโตเกียว แคนเซอร์ แคร่ (CA1N) (ตอบคำถามทุกข้อยกเว้นเพศชาย ไม่ต้องตอบข้อ 2)

ถ้อยแถลงการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล:

ข้อมูลส่วนบุคคลที่ท่านระบุในแบบฟอร์มนี้ บริษัทจะใช้ประมวลผลเพื่อดำเนินการตามวัตถุประสงค์ที่ท่านระบุหรือร้องขอ และ ท่านยินยอมให้บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ และ/หรือประวัติการรักษา หรือ ข้อมูลส่วนบุคคลประเภทอื่นใดอื่น ๆ ให้กับบุคคลหรือหน่วยงานอื่น รวมถึง สำนักงาน คปภ. ตามความจำเป็นตามวัตถุประสงค์ โดยท่านสามารถศึกษารายละเอียดแนวทางการประมวลผลของบริษัทได้ที่ นโยบายความเป็นส่วนตัวส่วนตัว <https://www.tokiomarine.com/th/th-life/global/privacy-policy.html> หรือ สแกน QR Code



ชื่อและนามสกุลผู้ขอเอาประกันชีวิต.....

ถือเป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์ประกันชีวิตเลขที่.....

1. ปัจจุบันท่านได้เอาประกันชีวิต และ/หรือกำลังยื่นขอเอาประกันชีวิต และสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองโรคร้ายแรงไว้กับบริษัทนี้ หรือบริษัทอื่นหรือไม่

ไม่มี มี ถ้ามีโปรดแจ้งรายละเอียด

ชื่อบริษัท	จำนวนเงินเอาประกันชีวิต	สัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองโรคร้ายแรง	ขณะนี้สัญญา มีผลบังคับหรือไม่
.....
.....

2. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัยที่เป็นสตรี

ถ้าคำตอบระบุว่า “เคย” กรุณาอธิบายรายละเอียด โดยระบุโรคที่เป็น, วันเดือนปีที่ได้รับ การตรวจ, ผลการตรวจ และชื่อที่อยู่ของแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาหรือรักษา

ก. เกี่ยวกับระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรี

ท่านเคยเป็นโรค และ/ หรือมีความผิดปกติของช่องคลอด, ปากมดลูก, มดลูก, รังไข่ หรือมีอาการเลือดออกทางช่องคลอด หรือท้องโตผิดปกติ หรือเคยได้รับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก, ตรวจจูลตรวจหาเชื้อ, การส่องกล้อง, การตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ หรือได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้ทำการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกซ้ำอีกครั้งภายใน 6 เดือน

ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียด

ข. เกี่ยวกับเต้านม

ท่านเคยเป็นโรค และ/หรือมีความผิดปกติเกี่ยวกับเต้านม เช่น มีก้อนหรือโตแข็ง, ฤงน้ำ, เนื้องอก, มีเลือดหรือหนองออก จากบริเวณหัวนม, มีการเจริญเติบโตของเซลล์ เนื้อเยื่อบริเวณเต้านมผิดปกติ, เต้านมอักเสบ หรือ เป็นมะเร็งเต้านม หรือ เคยได้รับการตรวจเต้านมด้วยเครื่อง Mammogram, การตรวจ Ultrasound หรือการตัดชิ้นเนื้อของเต้านมไปตรวจ

ไม่เคย เคย ถ้าเคย โปรดแจ้งรายละเอียด

3. บิดา มารดา คู่สมรส หรือพี่น้องของท่าน เคยเป็น หรือเป็นโรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคของหลอดเลือดสมอง (STROKE) ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคจิต โรคเลือด โรคไต วัณโรค โรคตับ อักเสบหรือเป็นพาหะของไวรัสตับอักเสบบวม กามโรค โรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์ หรือโรคอื่นๆ ที่ถ่ายทอดทาง กรรมพันธุ์หรือไม่
- ไม่มี มี ถ้ามีโปรดระบุว่าเป็นใครชื่อโรคและอายุที่เริ่มเป็น.....
4. ก. ท่านเคย หรือสูบบุหรี่ หรือซิกาการ์ หรือกล้อง หรือยาชนิดอื่น ๆหรือไม่
- ไม่เคย/ไม่สูบ เคย/สูบ
- ถ้าเคย/สูบ โปรดแจ้งชนิดที่สูบ..... ปริมาณที่สูบ.....มวน/วัน สูบมาเป็นเวลานาน.....ปี
- ถ้าเลิกสูบ เลิกสูบเมื่อไร..... สาเหตุที่เลิกสูบ.....
- ข. ท่านดื่มหรือเคยดื่มสุรา หรือสิ่งมีนเมา เป็นประจำหรือไม่
- ไม่เคย/ไม่ดื่ม เคย/ดื่ม
- ถ้าดื่ม โปรดระบุชนิดที่ดื่ม ปริมาณที่ดื่มแต่ละครั้งและ จำนวนครั้งที่ดื่มต่อสัปดาห์.....
- ถ้าเคยดื่ม โปรดระบุชนิดที่ดื่ม สาเหตุที่เลิกดื่มและระยะเวลาที่เลิกดื่ม (เดือน/ปี).....
5. ท่านเคยได้รับการตรวจเพื่อหาการติดเชื้อกามโรค หรือเชื้อไวรัสเอดส์ หรือเคยถูกปฏิเสธไม่รับบริจาคเลือดหรือไม่
- ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียด (ตรวจอะไร, เมื่อไร,สถานที่ตรวจ, ผลการตรวจ, สาเหตุที่ถูกปฏิเสธ)
6. ในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยได้รับคำแนะนำในการรักษา หรือเคยเป็น หรือมีอาการต่อไปนี้ เป็นระยะเวลาติดต่อกันเกินกว่า 1 สัปดาห์ ได้แก่ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เหงื่อออกเวลากลางคืน ไข้เรื้อรัง ปวด อักเสบ ท้องเดินเรื้อรัง ต่อม้ำเหลืองโต โรคผิวหนังเรื้อรัง โรคผิวหนังหรืออาการผื่นคันที่ผดผื่นเกิดหรือไม่
- ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียด

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า คำตอบซึ่งข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นเป็นข้อความที่ครบถ้วนสมบูรณ์เป็นความจริง และยินยอมให้บริษัท นำข้อเท็จจริงดังกล่าวไปใช้ เพื่อประกอบการพิจารณาการกลับสู่สถานะเดิม หรือการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ของกรมธรรม์ ประกันภัยของข้าพเจ้า

ลงชื่อ ณ เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

(.....)

พยาน/ตัวแทน

(.....)

ลายมือชื่อของผู้เอาประกันภัย

(.....)

พยาน

กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะให้บิดา, มารดา หรือผู้ปกครองโดยชอบธรรมลงนามรับรองด้วย