

บริษัท โตเกียวมารีนประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

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

ข้อมูลการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล:

ข้อมูลส่วนบุคคลที่ท่านระบุในแบบฟอร์มนี้ บริษัทจะใช้ประมวลผลเพื่อดำเนินการตามวัตถุประสงค์ที่ท่านระบุหรือร้องขอ และ ท่านยินยอมให้บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ และ/หรือประวัติการรักษา หรือ ข้อมูลส่วนบุคคลประเภทอื่นใดอื่น ๆ ให้กับบุคคลหรือหน่วยงานอื่น รวมถึง สำนักงาน คปภ. ตามความจำเป็นตามวัตถุประสงค์ โดยท่านสามารถศึกษารายละเอียดแนวทางการประมวลผลของบริษัทได้ที่ นโยบายความเป็นส่วนตัว <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, วันเดือนปีที่ได้รับการตรวจ, ผลการตรวจ และชื่อที่อยู่ของแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาหรือรักษา

ก. เกี่ยวกับระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรี

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

☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียด

ข. เกี่ยวกับเต้านม

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

☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคย โปรดแจ้งรายละเอียด

