

หนังสือรับรองสุขภาพ (HCI)

ใช้เพื่อประกอบการพิจารณา

- ขอต่ออายุกรมธรรม์ / กลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์
- ขอเปลี่ยนแปลงกรมธรรม์

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ผู้เอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่ง และพาณิชย์ มาตรา 865

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัย / ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

กรณีกรมธรรม์ผู้เยาว์ที่มีสัญญาเพิ่มเติมผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (ผช.) หรือการขอเปลี่ยนผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (ผช.) กรุณาตอบคำถามในส่วนของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วย

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....	ผู้เอาประกันภัย/ผู้เยาว์	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
1. ชื่อ - นามสกุล		
2. อายุปัจจุบัน	อายุ.....ปี	อายุ.....ปี
3. สถานภาพ	<input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> หย่า	<input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> หย่า
4. ที่อยู่ / ที่ติดต่อ, หมายเลขโทรศัพท์		
5. (ก) อาชีพประจำ	กรณาระบุรายละเอียด	กรณาระบุรายละเอียด
(ข) ลักษณะงานที่ทำ	กรณาระบุรายละเอียด	กรณาระบุรายละเอียด
(ค) ชื่อ, ที่อยู่ของนายจ้าง / ลักษณะธุรกิจ	กรณาระบุรายละเอียด	กรณาระบุรายละเอียด
(ง) รายได้ต่อปีของท่านบาท / ปีบาท / ปี
(จ) ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช้เป็นประจำ <input type="checkbox"/> ใช้เป็นครั้งคราว <input type="checkbox"/> ไม่ใช้	<input type="checkbox"/> ใช้เป็นประจำ <input type="checkbox"/> ใช้เป็นครั้งคราว <input type="checkbox"/> ไม่ใช้

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้เอาประกันภัย / ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

กรณีกรมธรรม์ผู้เยาว์ที่มีสัญญาเพิ่มเติมผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (ผช.) หรือการขอเปลี่ยนผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (ผช.) กรุณาตอบคำถามในส่วนของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วย

						ผู้เอาประกันภัย/ผู้เยาว์	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
1. ท่านมีหรือเคยมีประกันชีวิตหรือประกันสุขภาพหรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่						<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ
ข้อมูลของ	บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)			เงินชดเชย	ขณะนี้สัญญา	
		ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ	รายวัน	มีผลบังคับหรือไม่	
ผู้เอาประกันภัย/ผู้เยาว์							
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย							
2. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนเงินสุถุณานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นบ้างหรือไม่						<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ
ข้อมูลของ	บริษัท	สาเหตุ		เมื่อใด			
ผู้เอาประกันภัย/ผู้เยาว์							
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย							
3. (ก) ปัจจุบันท่านมีส่วนสูงและน้ำหนักเท่าใด						ส่วนสูง.....ซ.ม. น้ำหนัก.....ก.ก.	ส่วนสูง.....ซ.ม. น้ำหนัก.....ก.ก.
(ข) ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักของท่านมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ (หากเปลี่ยนแปลงโปรดระบุรายละเอียด)						<input type="checkbox"/> เท่าเดิม <input type="checkbox"/> เพิ่มขึ้น.....ก.ก. <input type="checkbox"/> ลดลง.....ก.ก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยน.....	<input type="checkbox"/> เท่าเดิม <input type="checkbox"/> เพิ่มขึ้น.....ก.ก. <input type="checkbox"/> ลดลง.....ก.ก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยน.....
4. เฉพาะสตรี ขณะนี้ท่านกำลังมีครรภ์หรือไม่ ถ้ามี ก็เดือน						<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี.....เดือน	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี.....เดือน
5. ท่านมีสิ่งผิดปกติของร่างกายหรือสุขภาพหรือไม่ (ถ้ามีโปรดระบุรายละเอียด)						<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี.....
6. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ หรือไม่						<input type="checkbox"/> ไม่ดื่ม / ไม่เคยดื่ม / เคยดื่ม <input type="checkbox"/> ดื่ม / เคยดื่ม โปรดระบุ	<input type="checkbox"/> ไม่ดื่ม / ไม่เคยดื่ม / เคยดื่ม <input type="checkbox"/> ดื่ม / เคยดื่ม โปรดระบุ
ข้อมูลของ	ชนิด	ปริมาณ (ขวดต่อครั้ง)	ความถี่ (ครั้งต่อสัปดาห์)	ดื่มมานาน (ปี)	เลิกดื่มเมื่อ		
ผู้เอาประกันภัย/ผู้เยาว์							
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย							
7. ท่านสูบหรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่						<input type="checkbox"/> ไม่สูบ / ไม่เคยสูบ <input type="checkbox"/> สูบ / เคยสูบ โปรดระบุ	<input type="checkbox"/> ไม่สูบ / ไม่เคยสูบ <input type="checkbox"/> สูบ / เคยสูบ โปรดระบุ
ข้อมูลของ	ปริมาณ (มวนต่อวัน)	สูบมานาน (ปี)	เลิกสูบเมื่อ				
ผู้เอาประกันภัย/ผู้เยาว์							
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย							

8. ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่

ไม่เสพ / ไม่เคย
 เสพ / เคยเสพ
 โปรดระบุ

ไม่เสพ / ไม่เคย
 เสพ / เคยเสพ
 โปรดระบุ

ข้อมูลของ	ชนิด	ปริมาณ (ต่อครั้ง)	ความถี่ (ครั้งต่อสัปดาห์)	เสพมานาน (ปี)	เลิกเสพยาเมื่อ
ผู้ขอประกันภัย / ผู้เยาว์					
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย					

9. บุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา) ของท่าน เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบบี โรคเอดส์ (HIV) โรคมัลติเพิลสเคลอโรซิส โรคอัลไซเมอร์ หรือโรคพาร์กินสัน หรือไม่

ไม่เป็น
 เป็น
 โปรดระบุ

ไม่เป็น
 เป็น
 โปรดระบุ

ข้อมูลของ	โรค
ผู้ขอเอาประกันภัย	
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	

10. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือดหรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่

ไม่เคย
 เคย
 โปรดระบุ

ไม่เคย
 เคย
 โปรดระบุ

ข้อมูลของ	ตรวจอะไร	เมื่อใด	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจ	ข้อสังเกต โดยแพทย์
ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เยาว์					
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย					

11. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมาท่านเคยได้รับบาดเจ็บ การเจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาล หรือไม่

ไม่เคย
 เคย
 โปรดระบุ

ไม่เคย
 เคย
 โปรดระบุ

ข้อมูลของ	อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่รับการรักษา	สถานพยาบาล	ผลการรักษา
ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เยาว์				
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย				

12. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัยหรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการต่อไปนี้หรือไม่		
(ก) สายตาพิการ, โรคจอประสาทตา, โรคต้อหิน, พิการทางร่างกาย, โรคจิต, โรคประสาท, โรคซึมเศร้า, ความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
(ข) โรคปอดหรือปอดอักเสบ, วัณโรค, หอบหืด, ปอดอุดกั้นเรื้อรัง, ภาวะหุดหายใจขณะหลับ	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
(ค) โรคหลอดเลือดในสมอง, เส้นเลือดหัวใจตีบ, โรคหลอดเลือด. โรคเลือด, อัมพฤกษ์/อัมพาต, ความดันโลหิตสูง, โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
(ง) โรคเบาหวาน, โรคมะเร็ง, เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ, โรคไตเรื้อรัง, โรคต่อมไทรอยด์, โรคต่อมน้ำเหลืองโต, โรคไต, ดีซ่าน, ม้ามโต	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
(จ) โรคแผลในทางเดินอาหาร, โรคตับหรือทางเดินน้ำดี, โรคพิษสุราเรื้อรัง, โรคตับอ่อนอักเสบ, โรคข้ออักเสบ, โรคเก๊าท์	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
(ฉ) โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง, โรคกามโรค (ภายใน 2 ปี)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
(ช) โรคพาร์กินสัน, โรคความจำเสื่อม, โรคชัก, โรคหนังแข็ง, โรคเอสแอลอี	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย

กรณีข้อ 12. ตอบ “เคย” โปรดระบุรายละเอียด

ข้อมูลของ	โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)
ผู้เอาประกันภัย/ผู้เยาว์				
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย				

13. ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่		
(ก) การมองเห็นผิดปกติ, กล้ามเนื้ออ่อนแรง, การเคลื่อนไหวร่างกายผิดปกติ, ร่างกายสูญเสียประสาทรับความรู้สึก	<input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี	<input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี
(ข) มีพัฒนาการช้า, ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง, ไอเรื้อรัง, ไอเป็นเลือด, เหนื่อยง่ายผิดปกติ	<input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี	<input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี
(ค) เจ็บหรือแน่นหน้าอก, ใจสั่น, ปวดท้องเรื้อรัง, อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด, ท้องมาน	<input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี	<input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี
(ง) ท้องเสียเรื้อรัง, มีเลือดปนในปัสสาวะ, ปวดข้อเรื้อรัง, จำเลือด, คลำพบก้อนเนื้อ	<input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี	<input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี
(จ) เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง	<input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี	<input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี
(ฉ) ในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา มีอาการอ่อนเพลีย, น้ำหนักลด, ท้องเดินเรื้อรัง, ไข้เรื้อรัง, โรคผิวหนังเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี	<input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี

กรณีข้อ 13. ตอบ “เคย/มี” โปรดระบุรายละเอียด

ข้อมูลของ	อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มมีอาการ	อาการปัจจุบัน
ผู้เอาประกันภัย/ผู้เยาว์			
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย			

14. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคต่อไปนี้หรือไม่		
(ก) ติดเชื้อในหูชั้นกลาง, ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง, ไชน์สอักเสบ, ปวดศีรษะไมเกรน, ภูมิแพ้, หลอดลมอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
(ข) กรดไหลย้อน, นิ่ว, ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง, ไขมันสูง, ริดสีดวงทวาร, ฝีคันทูด, เยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
(ค) กระดูกสันหลังเคลื่อน, หมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท, ข้อเสื่อม, เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
(ง) เส้นประสาทอักเสบ หรือถูกเปียดทับ, ออทิสติก, สมาธิสั้น	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย

กรณีข้อ 14. ตอบ “เคย” โปรดระบุรายละเอียด

ข้อมูลของ	โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)
ผู้เอาประกันภัย/ผู้เยาว์				
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย				

คำแถลงและการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ได้ทราบและเข้าใจคำถามตามที่ระบุในหนังสือรับรองสุขภาพทุกข้อ และขอยืนยันว่าถ้อยแถลงและคำตอบในหนังสือฉบับนี้เป็นความจริงทุกข้อ และข้าพเจ้าตกลงให้บริษัทฯ ถือเอาคำตอบดังกล่าวเป็นหลักฐานสำหรับการพิจารณาการกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการเปลี่ยนแปลง หรือการเพิ่มเติมใดๆ ของกรมธรรม์ประกันภัยฉบับข้างต้น ตลอดจนสัญญาเพิ่มเติมที่แนบกรมธรรม์ฉบับดังกล่าว

ข้าพเจ้ายินยอมว่า การกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการเปลี่ยนแปลง หรือเพิ่มเติมข้างต้น จะไม่ถือว่ามีผลบังคับแม้จะได้มีการชำระเงินหรือมีการตกลงเรื่องการชำระเงิน หรือบันทึกรายการเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยใดๆ จนกว่าเจ้าหน้าที่ผู้รับมอบอำนาจทางบริษัทจะได้พิจารณาอนุมัติแล้ว

ในกรณีที่คำขอนี้ใช้เพื่อการกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการเพิ่มเติม หรือเปลี่ยนแปลงสัญญาเพิ่มเติมใดๆ ข้อกำหนดในกรมธรรม์ประกันภัยเรื่องการไม่ได้แย้งหรือคัดค้านความไม่สมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย จะนำมาใช้บังคับใหม่กับการกลับคืนสู่สถานะเดิมหรือการเพิ่มเติมเปลี่ยนแปลงสัญญาเพิ่มเติมใดๆ นับตั้งแต่วันที่บริษัทฯ ได้พิจารณาอนุมัติคำขอดังกล่าว

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีบันทึกเรื่องราวของข้าพเจ้า หรือประวัติความเจ็บป่วยของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัทฯ ได้

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ ทำการจัดเก็บ รวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลอ่อนไหว (ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพหรือความพิการ ประวัติการเจ็บป่วย หรือการรักษาโรคของข้าพเจ้า) เพื่อวัตถุประสงค์ในการรับประกันภัย การคำนวณเบี้ยประกัน การดำเนินการและการให้บริการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยที่ข้าพเจ้าได้ทำไว้กับบริษัทฯ รวมถึงการจัดทำเอกสารสัญญาต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง การดำเนินการจัดส่งกรมธรรม์ การจัดเก็บและสำรองข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์สำหรับการจัดการภายในของบริษัท การจัดเก็บเบี้ยประกันและหนี้สินอื่นๆ (ถ้ามี) การตรวจสอบ การวิเคราะห์ การประเมินผล การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือผลประโยชน์ทางการแพทย์ การจ่ายเบี้ยประกันคืนหากเกิดกรณีการกระทำผิดของตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต การต่ออายุกรมธรรม์ การเปลี่ยนแปลงแก้ไขกรมธรรม์ การยกเลิกกรมธรรม์ หรือการเวนคืนกรมธรรม์ประกันภัย การประกันภัยต่อที่เกี่ยวกับกรมธรรม์หรือประกันภัยของข้าพเจ้า หรือเพื่อการขอเอาประกันภัยใหม่ในภายหลัง การแจ้งข้อมูล และผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ ให้บริการติดตามประสานงาน แก้ไขปัญหา แจ้งเตือนใดๆ เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย รวมถึงเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลข้างต้นของข้าพเจ้าแก่ผู้ให้บริการหรือคู่ค้าของบริษัท เพื่อการให้บริการและปฏิบัติตามสัญญากรมธรรม์ข้างต้นตามคำสั่งหรือในนามของบริษัท และเปิดเผยข้อมูลผู้เอาประกันภัยกับสำนักงาน คปภ. สมาคมประกันชีวิตไทย ผู้รับประกันภัยต่อ

โดยท่านสามารถศึกษานโยบายข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท ได้ที่ www.chubb.com/th-th/footer/chubblife-privacy-notice.html

เขียนที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

(ลงชื่อ)
(.....)

(ลงชื่อ)
(.....)

ผู้ให้ความยินยอม (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ผู้เอาประกันภัย

ในฐานะ บิดา/มารดา ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัยในกรณีผู้เยาว์

พยาน / ตัวแทนหลัก / นายหน้า	พยาน / ตัวแทนหลัก / นายหน้า
ลงชื่อ..... (.....)	ลงชื่อ..... (.....)
หน่วย.....โทรศัพท์.....	หน่วย.....โทรศัพท์.....