**บริษัท โตเกียวมารีนประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)**

☐ **แบบสอบถามสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองโรคร้ายแรงเออรี่ ซีไอ แคร์** (CIR3) **(ตอบคำถามทุกข้อ ยกเว้นเพศชาย ไม่ต้องตอบข้อ** 2)

☐ **แบบสอบถามสัญญาเพิ่มเติม ฟีเมล สเปเชี่ยล ดีซีซส์** (FSD) **(ตอบเฉพาะข้อ** 1 **และ** 2)

ชื่อและนามสกุลผู้ขอเอาประกันชีวิต.....

ถือเป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์ประกันชีวิตเลขที่.....

1. **ปัจจุบันท่านได้เอาประกันชีวิต และ/หรือกำลังยื่นขอเอาประกันชีวิต และสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองโรคร้ายแรงไว้กับบริษัทนี้ หรือบริษัทอื่นหรือไม่**

☐ ไม่มี ☐ มี ถ้ามีโปรดแจ้งรายละเอียด

| ชื่อบริษัท | จำนวนเงินเอาประกันชีวิต | สัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองโรคร้ายแรง | ขณะนี้สัญญามีผลบังคับหรือไม่ |
|---|---|---|---|
| …… | …… | …… | …… |
| …… | …… | …… | …… |

2. **สำหรับผู้ขอเอาประกันภัยที่เป็นสตรี**

<u>ถ้าคำตอบระบุว่า “เคย”</u> กรุณาอธิบายรายละเอียด โดยระบุโรคที่เป็น, วันเดือนปีที่ได้รับการตรวจ, ผลการตรวจ และชื่อที่อยู่ของแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาหรือรักษา

**ก. เกี่ยวกับระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรี**

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

☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียด .....

.....

**ข. เกี่ยวกับเต้านม**

ท่านเคยเป็นโรค และ/หรือมีความผิดปกติเกี่ยวกับเต้านม เช่น มีก้อนหรือไตแข็ง, ถุงน้ำ, เนื้องอก, มีเลือดหรือหนองออกจากบริเวณหัวนม, มีการเจริญเติบโตของเซลล์ เนื้อเยื่อบริเวณเต้านมผิดปกติ, เต้านมอักเสบ หรือ เป็นมะเร็งเต้านม หรือเคยได้รับการตรวจเต้านมด้วยเครื่อง 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 โรคตับอักเสบหรือเป็นพาหะของไวรัสตับอักเสบ กามโรค โรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์ หรือโรคอื่นๆ ที่ถ่ายทอดทาง กรรมพันธุ์หรือไม่**

☐ ไม่มี ☐ มี ถ้ามีโปรดระบุว่าเป็นใครชื่อโรคและอายุที่เริ่มเป็น.....

4. **ก. ท่านเคย หรือสูบบุหรี่ หรือซิการ์ หรือกล้อง หรือยาชนิดอื่นๆหรือไม่**

☐ ไม่เคย/ไม่สูบ ☐ เคย/สูบ

ถ้าเคย/สูบ โปรดแจ้งชนิดที่สูบ..... ปริมาณที่สูบ.....มวน/วัน สูบมาเป็นเวลานาน.....ปี

ถ้าเลิกสูบ เลิกสูบเมื่อไร..... สาเหตุที่เลิกสูบ.....

**ข. ท่านดื่มหรือเคยดื่มสุรา หรือสิ่งมึนเมา 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 หรือมีอาการต่อไปนี้เป็นระยะเวลาติดต่อ กันเกินกว่า 1 สัปดาห์ ได้แก่ อ่อนเพลียเบื่ออาหาร น้ำหนักลด เหงื่อออกเวลากลางคืน ไข้เรื้อรัง ปอดอักเสบ ท้องเดินเรื้อรัง ต่อมน้ำเหลืองโต โรคผิวหนังเรื้อรัง โรคผิวหนังหรืออาการผื่นคันที่ผิดสังเกตหรือไม่**

☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียด .....

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า คำตอบซึ่งข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นเป็นข้อความที่ครบถ้วนสมบูรณ์เป็นความจริง และยินยอมให้บริษัทนำข้อเท็จจริงดังกล่าวไปใช้ เพื่อประกอบการพิจารณาการกลับสู่สถานะเดิม หรือการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ของกรมธรรม์ประกันภัยของข้าพเจ้า

ลงชื่อ ณ ..... เมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ……

| | |
|---|---|
| ..... | ..... |
| ( ) | ( ) |
| **พยาน/ตัวแทน** | **ลายมือชื่อของผู้เอาประกันภัย** |
| ..... | **กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะให้บิดา, มารดา หรือผู้ปกครองโดยชอบธรรมลงนามรับรองด้วย** |
| ( ) | |
| **พยาน** | |