



## แบบสอบถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพ

ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย -----	กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ -----
---	----------------------------------

กรุณาตอบคำถามด้านล่างนี้ให้ครบถ้วน

1. ท่านได้สัมผัสใกล้ชิด หรือเคยสัมผัสใกล้ชิด กับบุคคลใดก็ตามที่เคยอยู่ในช่วงเฝ้าสังเกตอาการ กักกันตัว (ควอรันทีน 14 วัน) หรือบุคคลที่ถูกวินิจฉัยว่าติดเชื้อ โนเวล โควโรนา ไวรัส (ซาร์ส SARS-CoV-2 หรือ โควิด-19) หรือไม่

เคย  ไม่เคย  
รายละเอียดเพิ่มเติม \_\_\_\_\_

2. ท่านเคยถูกกักกันตัวเพื่อเฝ้าสังเกตอาการ ได้รับความแนะนำให้ตรวจ หรือตรวจยืนยันว่ามี การติดเชื้อ โนเวล โควโรนา ไวรัส (ซาร์ส SARS-CoV-2 หรือ โควิด-19) หรือไม่ หากเคย กรุณาระบุวันที่ และสถานที่ หรือรายละเอียดเพิ่มเติม

เคย  ไม่เคย  
รายละเอียดเพิ่มเติม \_\_\_\_\_

3. ท่านมีอาการเหล่านี้ในช่วง 14 วันที่ผ่านมาหรือไม่  
มีไข้ ไอ ปวดเมื่อยเนื้อเมื่อยตัว (คล้ายจะมีไข้)  
หายใจลำบาก น้ำมูกไหล เจ็บคอ  
อาการทางกระเพาะอาหารและลำไส้ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน และ/ หรือ ท้องเสีย  
หากเคย กรุณาระบุอาการที่เป็นโดยละเอียดที่สุด

เคย  ไม่เคย  
รายละเอียดเพิ่มเติม \_\_\_\_\_

4. ข้อมูลเกี่ยวกับการเดินทาง

a. กรุณาระบุรายละเอียดเกี่ยวกับการเดินทางไปสถานที่ต่างๆ ในช่วง 14 วันที่ผ่านมา (ประเทศ / เมือง / จังหวัด / อำเภอ / วันที่เดินทางไปและกลับ)

b. กรุณาระบุรายละเอียดเกี่ยวกับแผนการเดินทางไปสถานที่ต่างๆ ในอีก 30 วันข้างหน้า (ประเทศ / เมือง / จังหวัด / อำเภอ / วันที่เดินทางไปและกลับ)

5. ปัจจุบันนี้ ท่านมีสุขภาพแข็งแรงดีหรือไม่

ใช่  ไม่ใช่

### ถ้อยแถลงของผู้ขอเอาประกันภัย

ข้าพเจ้ายืนยันว่าคำตอบทุกข้อในแบบสอบถามนี้เป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าไม่ได้ปกปิดข้อมูลอันเป็นสาระสำคัญซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อ การพิจารณารับประกันในค่าขอเอาประกันภัยฉบับนี้  
ข้าพเจ้ายินยอมให้ใช้แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของใบคำขอเอาประกันภัย หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า บริษัทอาจจะ ปฏิเสธการรับประกันและปฏิเสธการจ่ายเงินในกรมธรรม์นี้

เขียนที่ \_\_\_\_\_ วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ )  
ผู้ขอเอาประกันภัย

( \_\_\_\_\_ )  
ผู้ให้ความยินยอมในฐานะบิดา/ มารดา  
ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย  
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)