

## คำถามเกี่ยวกับสุขภาพ

ผู้ขอทำประกันสุขภาพจะต้องรายละเอียดทั้งหมดของคำถามเกี่ยวกับสุขภาพ และทำเครื่องหมายบนคำตอบ "ใช่" หรือ "ไม่ใช่" ในตัวแบบสอบถาม หากคำตอบคือใช่ ("ใช่/เคย") จะต้องเขียนหมายเลขของคำถามนั้นในตารางสำหรับรหัสคำตอบของข้อมูลติดต่อว่าใช่ และจะต้องระบุรายละเอียดของข้อมูลเหล่านั้น รวมถึงรายการงานการเจ็บป่วยและสถานะภาพปัจจุบัน

### คำถามเกี่ยวกับเรื่องทั่วไป

		ไม่ใช่/ไม่เคย	ใช่/เคย
1.	ท่านเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือสถานทางการแพทย์หรือไม่? (โรงพยาบาลหรือสถานประเภทไหน เมื่อไร เหตุผลการเข้ารับรักษา) แบบรายงานการเจ็บป่วยและข้อมูลปัจจุบันด้วย		
2.	ท่านเคยได้รับการผ่าตัดหรือเคยได้รับการแนะนำให้เข้ารับการผ่าตัดหรือไม่? (อธิบาย)		
3.	ท่านเคยได้รับบาดเจ็บหรือไม่? ท่านมีความพิการใดๆ หรือไม่? (อธิบาย)		
4.	ท่านเคยเข้ารับการตรวจเลือด ปัสสาวะหรือ EKG เป็นประจำหรือไม่? ผลการตรวจเป็นปกติหรือไม่? (อธิบาย)		
5.	ท่านเคยเข้ารับการตรวจด้วยการถ่ายภาพ อาทิ การฉายรังสีเอกซ์เรย์บริเวณต่างๆ (หน้าอก ลำไส้ ไต กระดู เป็นต้น) การทดสอบแบบ mapping test การใช้หลอดสวน (catheterization) การถ่ายภาพเอ็กซเรย์โดยใช้เครื่องที่ควบคุมด้วยคอมพิวเตอร์ (CT), MRI, US? (บอกเหตุผล วันที่ และผลลัพธ์)		
6.	ปัจจุบันท่านเจ็บป่วยเป็นโรคใดหรือไม่ และท่านรู้ตัวว่ามีอาการผิดปกติใดๆ หรือไม่ และท่านเคยได้รับและ/หรือกำลังได้รับการรักษาหรือได้รับยาหรือไม่? (อธิบาย โดยแจ้งปริมาณยาที่ใช้และระยะเวลาการรักษา)		
7.	สำหรับสตรีเท่านั้น ท่านกำลังเป็นทุกข์หรือเคยเป็นทุกข์จากโรคของสตรี อาทิ ประจำเดือนมาไม่ปกติ ปัญหาการมีบุตรยาก การตกเลือดก่อนหรือที่ตามั ปัญหาเกี่ยวกับมดลูกหรือรังไข่ การพบสิ่งผิดปกติในการตรวจโรคเฉพาะสตรีทางระบบสืบพันธุ์ (เช่นการทดสอบเพื่อตรวจมะเร็ง PAP smear) หรือความผิดปกติอื่นๆ ที่เกี่ยวกับโรคเฉพาะสตรีทางระบบสืบพันธุ์หรือไม่? ถ้าใช่ โปรดอธิบาย: ท่านกำลังตั้งครรภ์หรือไม่? มีทารกในครรภ์กี่คน? ท่านมีปัญหาในการตั้งครรภ์ก่อนหน้านี้อหรือไม่? หากมี โปรดอธิบาย ท่านเคยคลอดบุตรด้วยการผ่าท้องหรือไม่?		
8.	ท่านเคยถูกทำให้ไร้ความสามารถหรือกำลังอยู่ในสภาพไร้ความสามารถบางส่วนหรือโดยสิ้นเชิงและไม่สามารถทำงานได้หรือไม่? (อธิบาย)		

### คำถามเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย (ท่านเคยเจ็บป่วยด้วยโรคหรือกำลังป่วยด้วยโรคเหล่านี้หรือไม่)

		ไม่ใช่/ไม่เคย	ใช่/เคย
9.	หัวใจและหลอดเลือดหัวใจ A. โรคหัวใจ อาการเจ็บหน้าอก หายใจถี่ อาการใจเต้นเร็ว อาการปวดเค้นอก กล้ามเนื้อหัวใจตาย (หัวใจวาย) หัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ ลิ้นหัวใจผิดปกติ หัวใจบกพร่องมาแต่กำเนิด โรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจหรือถุงหุ้มหัวใจ B. ความดันโลหิตสูง C. หลอดเลือด-เจ็บขาขณะเดิน โผล่ตักเป็นก้อน หลอดโลหิตดำโป่งตุง การไหลเวียนโลหิตผิดปกติ ทางเดินเส้นเลือดแดงใหญ่ตีบ (แคบ)		
10.	ระบบประสาท - เยื่อหุ้มสมอง ปวดศีรษะ หมอเคล็ด อัมพาต อาการชัก (โรคลมบ้าหมู) TIA ความผิดปกติเกี่ยวกับความจำ การสูญเสียประสาทสัมผัส โรคเสื่อมโทรม เป็นลม เลือดออกในสมอง (CVA) อาการสั่งการพูด ความผิดปกติในการทรงตัว โรคอัลไซเมอร์ โรคพาร์กินสัน อาการอ่อนล้าทางจิต โรคจิตเสื่อมในวัยชรา		
11.	ความผิดปกติทางจิต - โรคจิต โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท วิตกกังวล พยายามฆ่าตัวตาย		
12.	ระบบทางเดินหายใจ - โรคหอบ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง ถุงลมโป่งพอง วัณโรค อาการไอเป็นโลหิต การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจที่กำเริบขึ้นมา		
13.	ทางเดินอาหารและตับ - แผลอักเสบ (ที่กระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็ก) อาการจุกเสียดที่หลอดอาหาร โรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง เลือดออกในลำไส้ โรคริดสีดวงทวาร ปัญหาเกี่ยวกับทวารหนัก โรคตับเรื้อรัง ดีซ่าน นิ่วถุงน้ำดี ตับอ่อนอักเสบ ตับอักเสบ (ที่เกิดจากเชื้อไวรัส หรือสาเหตุอื่น)		
14.	ไตและทางเดินปัสสาวะ - นิ่วที่ไต ไตอักเสบ ทางเดินปัสสาวะอักเสบ มีเลือดหรือโปรตีนในปัสสาวะ กุ้งไต ไตวาย ต่อมลูกหมาก		
15.	ความผิดปกติเกี่ยวกับกล้ามเนื้อข้อต่อ (ที่เกี่ยวกับการเผาผลาญพลังงาน) - โรคเบาหวาน ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ ต่อมแอดรีนัล กุ้งไต ต่อมพิทูอิทารีและต่อมอื่น ๆ กระดูกไขว้ในหลอดเลือด (คอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์)		
16.	ผิวหนังและระบบสืบพันธุ์ - ซิฟิลิส ผิวหนังไหม้เป็นเม็ดพุพอง เนื่องจากผิวหนัง ไข้ ผื่น และ/หรือเป็นหมัน และ/หรือมีปัญหากับการมีบุตร		
17.	โรคร้ายแรงต่างๆ ที่ทำให้เสียชีวิตได้ (มะเร็ง) และเอดส์ - เนื่องจากชนิดที่เป็นมะเร็งหรือชนิดก่อนที่จะเป็นมะเร็งหรือเอดส์ ซึ่งรวมถึงสถานะที่เป็นพาหะ (ระบุชนิด วันที่ และวิธีการดูแล)		
18.	ข้อต่อและกระดูก - ข้ออักเสบ โรคเก๊าท์ โรคปวดหลังหรือคอ แขนงกระดูกอ่อนอักเสบ โรคเกี่ยวกับไหล่ เข่า กระดูก		
19.	ตา - ต้อกระจก ต้อหิน ตาเหล่ ตาบอด โรคเกี่ยวกับเรตินา โรคเกี่ยวกับกระจกตา ความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น หมายเลข diopter		
20.	หู จมูก คอ - การอักเสบของคอหรือหูที่กำเริบขึ้นมา ไชนัสอักเสบ ความผิดปกติในการได้ยิน การหายใจขัดในเวลากลางคืนที่กำเริบหนักอย่างฉับพลัน (PND)		
21.	อวัยวะเนื้อเยื่อใต้ออกมา - จากผนังช่องท้อง บริเวณขาหนีบ แผลเป็นจากการทำศัลยกรรม สะดือ กระบังลม		
22.	ความผิดปกติทางสุขภาพอื่นๆ และ/หรือโรคอื่นๆ ที่ไม่ได้กล่าวถึงข้างต้น		

# รายละเอียดเกี่ยวกับอาการโรคที่พบ

หมายเลขคำถาม	รายละเอียดของข้อมูลที่พบ

## คำแถลงของผู้ขอทำประกันสุขภาพ

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า ผู้ลงนามไว้ข้างล่างนี้ ในฐานะผู้ขอทำประกันสุขภาพ ขอเอาประกันตามข้อเสนอนี้ (ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า "ข้อเสนอ")

1. ข้าพเจ้าตระหนักดีว่า:

- ผู้รับประกันจะไม่รับผิดชอบและจะไม่ชำระข้อเรียกร้องสิทธิใดๆ อันเกิดจากสภาพร่างกายที่ตรวจพบซึ่งเป็นสภาพที่มีอยู่ก่อนแล้ว ปรากฏการณ์หรือโรคภัย ทั้งทางตรงและทางอ้อม ที่มีมาก่อนวันเริ่มการประกัน หรือวันที่สรุปข้อเสนอการประกันภัย หรือวันที่ลงนามในคำแถลงเกี่ยวกับสุขภาพ แล้วแต่ว่าวันใดจะหลังสุด
  - โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอแถลง ตกลงและปฏิบัติดังต่อไปนี้:
    - คำตอบทั้งหมดที่ระบุไว้ในข้อเสนอและ/หรือคำแถลงเกี่ยวกับสุขภาพถูกต้อง และสมบูรณ์ และข้าพเจ้าไม่ได้บิดบังข้อมูลใดๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อจิตใจที่จะยอมรับข้อเสนอในการรับประกันจากผู้รับประกัน ในกรณีที่มีการบิดบังข้อมูลหรือให้คำตอบที่ไม่ถูกต้อง สัญญาประกันสุขภาพนี้จะถือว่าไม่ระงับตั้งแต่ต้น
    - คำตอบที่ระบุในข้อเสนอและข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษรอื่นๆ ที่ข้าพเจ้าให้ไว้กับผู้รับประกันและเงื่อนไขที่เป็นที่ยอมรับซึ่งผู้รับประกันใช้ในเอกสารฉบับนี้จะใช้เป็นเงื่อนไขสำหรับสัญญาประกันสุขภาพระหว่างข้าพเจ้าและผู้รับประกัน และจะถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาทั้งหมด
  - โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ายืนยันและยินยอมที่จะให้การยอมรับหรือปฏิเสธข้อเสนอนี้ขึ้นอยู่ บุคคลที่นับของผู้รับประกัน (ซึ่งมีสิทธิตัดสินใจยอมรับหรือปฏิเสธข้อเสนอโดยไม่ต้องซึ่งแจ้งเกี่ยวกับการตัดสินใจ) แต่เพียงผู้เดียว
2. คำแถลงเกี่ยวกับการดูแลรักษาความลับทางการแพทย์
- โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า ผู้ลงนามไว้ข้างล่างนี้ จะเปิดเผยข้อมูลกับทางการแพทย์ ห้องทดลองทางการแพทย์ และคณะกรรมการทางการแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์รวมทั้งบุคลากรอื่นๆ ที่มีหน้าที่ดูแลความลับทางการแพทย์และความลับอื่นๆ ให้กับ Cial Insurance Company Ltd. หรือ Arie Insurance Company Ltd. (ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า "ผู้แจ้งความจำนง")

- โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้บุคคลต่อไปนี้ อันได้แก่ คณะกรรมการของสถาบันประกันภัยแห่งชาติ ผู้รับประกัน กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสุขภาพประจำเขต เจ้าหน้าที่ IDF กระทรวงกลาโหม และองค์กรหรือสถาบันที่ไม่ได้กล่าวชื่อไว้ ณ ที่นี้ และบริษัทประกันภัยอื่นๆ ที่ข้าพเจ้าได้ทำประกันไว้ก่อนหน้านี้หรือได้ทำประกันอยู่ในปัจจุบัน เปิดเผยรายละเอียดทั้งหมดโดยไม่มีข้อยกเว้นเกี่ยวกับสภาพร่างกายและความเจ็บป่วยใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยเป็นหรือเป็นอยู่ในปัจจุบัน หรือจะเป็นในอนาคต ข้อมูลการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของข้าพเจ้า หรือนันทิกทางการแพทย์ที่เป็นลายลักษณ์อักษร หรือรายงานของแพทย์ที่ข้าพเจ้าเข้าพบและ/หรือวันที่ที่ข้าพเจ้าเข้าร่วมในองค์การดูแลรักษาสุขภาพให้แก่ผู้แจ้งความจำนงหรือผู้ได้รับมอบหมาย ร่วมกันและเพียงลำพัง
- ข้าพเจ้าอนุญาตให้บริษัทประกันภัยบริษัทและ/หรือสถาบันอื่นฯ ส่งข้อมูลและ/หรือเอกสาร และ/หรือกรรมธรรม์ประกันตามคำขอของผู้แจ้งความจำนงให้แก่ผู้แจ้งความจำนง
- โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอแถลงว่าข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องสิทธิหรือยื่นยื่นสิทธิใดๆ ต่อบุคคลหรือองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเปิดเผยข้อมูลดังที่ได้กล่าวมาแล้วให้แก่ผู้แจ้งความจำนงหรือผู้ได้รับมอบหมาย ร่วมกันและเพียงลำพัง
- เงื่อนไขนี้ยังใช้กับกฎหมายที่คุ้มครองความเป็นส่วนตัว 5741 - 1981 (Privacy Protection Law of 5741 - 1981) และข้อมูลทางการแพทย์หรือข้อมูลอื่นๆ ทั้งหมดที่เก็บไว้ในฐานข้อมูลของสถาบัน รวมทั้งองค์การดูแลรักษาสุขภาพ และ/หรือแพทย์ และ/หรือบุคลากรของสถาบันเหล่านี้ และ/หรือผู้ได้รับมอบหมาย และ/หรือผู้ให้บริการดังที่ได้กล่าวมาแล้ว
- การละสิทธินี้มีผลบังคับใช้กับข้าพเจ้า ทรัพย์สินของข้าพเจ้า และทายาทตามกฎหมายของข้าพเจ้าและบุคคลอื่นๆ ที่ทำหน้าที่แทนข้าพเจ้า
- การละสิทธินี้จะมีผลบังคับใช้กับบุตรผู้เยาว์ของข้าพเจ้าที่ระบุชื่อไว้ หากมีระบุไว้ในข้อเสนอ

## ลายมือชื่อของผู้ขอทำประกันสุขภาพ

วันที่ \_\_\_\_\_ ชื่อของผู้ขอทำประกัน \_\_\_\_\_ หมายเลขหนังสือเดินทาง \_\_\_\_\_ ลายมือชื่อ \_\_\_\_\_