

Applicant : ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย

<p>1. (a) How long have you known the Applicant ?          ท่านรู้จักผู้เอาประกันนานเท่าใด ?</p> <p>(b) When did you last see him/her professionally ?          ผู้เอาประกันมารับการตรวจและรักษาครั้งสุดท้ายเมื่อใด ?</p>	
<p>2. (a) Is he/she now in good health ?          ปัจจุบันผู้เอาประกันมีสุขภาพสมบูรณ์หรือไม่?</p> <p>(b) Is this usually so ?          ปกติผู้เอาประกันเป็นเช่นดังกล่าวหรือไม่ ?</p>	
<p>3. Please state from past records or from your personal knowledge details of all illnesses, accidents, surgical operations or diseases from which the Applicant has suffered. (We would be grateful for the loan of any reports on specialist's investigations. They will be returned to you promptly.)</p> <p>กรุณาให้ประวัติการเจ็บป่วย, อุบัติเหตุ, การผ่าตัดและโรคต่างๆ ของผู้เอาประกัน พร้อมทั้งผลของการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด ซึ่งจะส่งคืนท่านโดยเร็วที่สุด, ขอขอบพระคุณอย่างสูง</p>	

Date วันที่	Nature of Incapacity - diagnosis & treatment ลักษณะเจ็บป่วย การวินิจฉัย การรักษา	Duration ระยะเวลา

<p>4. Is he/she to the best of your knowledge sober and temperate in habits ?          ผู้เอาประกันเป็นบุคคลที่มีความประพฤติและอุปนิสัยดีหรือไม่ อย่างไร?</p>	
<p>5. Have you recorded the Blood Pressure ?          (Please give readings and dated)          ผลของการวัดความดันโลหิตและวันที่ ที่วัด</p>	
<p>6. Have you examined the urine ?          (Please give findings and dated)          ผลการตรวจปัสสาวะและวันที่ ที่ตรวจ</p>	
<p>7. Has he/she to your knowledge ever had an X-Ray, Electrocardiogram or other special investigation or consulted any other doctor?          (Please give findings and dates)          ผลของเอ็กซเรย์, การตรวจหัวใจด้วยเครื่องไฟฟ้า และ ผลการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการต่างๆ พร้อมทั้งวันที่ ที่ตรวจ</p>	
<p>8. Have you ever suspected or found evidence of any other disease of the respiratory, cardiovascular, digestive, nervous or genito-urinary systems or any ailments affecting his/her longevity not mentioned above? (Please give full details)          ท่านพบว่าผู้ขอเอาประกันมีโรคระบบทางเดินหายใจ, ระบบหัวใจ และ หลอดเลือด, ระบบทางเดินอาหาร และย่อยอาหาร, ระบบประสาท, ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ และทางเดินปัสสาวะ หรือโรคอื่นใดบ้าง?</p>	
<p>9. Additional comments          ความเห็นอื่นๆ</p>	

Date  Month  Year

SIGNATURE  
 ลายเซ็น

(  )

QUALIFICATION  
 คุณวุฒิ

โรงพยาบาล/คลินิก  
 HOSPITAL/CLINIC