

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ -

1. ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย
2. ข้าพเจ้ามีอาการชักเนื่องจากไข้สูงครั้งแรกเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.
3. จำนวนครั้งที่เคยนอนในโรงพยาบาล ครั้ง
4. ข้าพเจ้ามีอาการชักเนื่องจากไข้สูงครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.
5. ข้าพเจ้ามีอาการไข้สูงมาประมาณ วัน และจำนวนครั้งที่มีอาการชัก ครั้ง
6. ลักษณะของอาการชัก
 - หดสติไปเลย นาน นาที
 - มีชักกระตุกทั่วร่างกาย นาน นาที
 - มีชักกระตุกเป็นบางส่วนของร่างกาย นาน นาที
 - มีอาการเกร็งเป็นบางส่วนของร่างกาย นาน นาที
 - อื่นๆ
7. ข้าพเจ้าได้รับการรักษาโดยพ./ พญ. นามสกุล
 ชื่อและที่อยู่ของโรงพยาบาล/คลินิกที่รับการรักษา
8. ข้าพเจ้าเคยได้รับการตรวจ คลื่นไฟฟ้าสมอง เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. ผลการตรวจ ปกติ ผิดปกติ
 คอมพิวเตอร์สมอง เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. ผลการตรวจ ปกติ ผิดปกติ
9. ระยะเวลาในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งสุดท้าย วัน
10. ปัจจุบันนี้ข้าพเจ้ายังรับประทานยากันชักในขณะที่มีไข้สูงใช่หรือไม่
11. ข้าพเจ้าไปพบแพทย์ครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.
12. คำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับอาการชักเนื่องจากไข้สูง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ตั้งแต่วันที่ยื่นใบคำขอเอาประกันภัยดังกล่าวจนถึงปัจจุบันสุขภาพของข้าพเจ้าไม่มีการเปลี่ยนแปลง และข้าพเจ้าไม่ได้รับการรักษาโรค การปรึกษาหรือการตรวจโรค แต่อย่างใดเลยและขอรับรองต่อไปอีกว่าคำตอบทั้งหมดของข้าพเจ้าที่ได้ให้ไว้ในใบคำขอ ดังกล่าว รวมทั้งเรื่องราวที่เกี่ยวกับการประกอบอาชีพของข้าพเจ้ายังคงเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ณ เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

ลงชื่อ
 ()
 พยาน / ตัวแทน / ผู้ให้บริการ

ลงชื่อ
 ()
 ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

ลงชื่อ
 ()
 พยาน

(กรณีที่เป็นใบคำขอเอาประกันภัยเยาวชนให้ผู้ชำระเบี้ยเป็นผู้ลงนาม และถ้าผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ ให้บิดา, มารดา หรือ ผู้ปกครองลงนามเป็นพยานด้วย)