

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ [] - []

- ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย []
- ข้าพเจ้าเริ่มมีอาการทางโรครวงอกครั้งแรกเมื่อ [] เดือน [] พ.ศ. []
- อาการที่เกิดขึ้นมีดังต่อไปนี้
 ไอ เป็นมานาน [] (ต่อสัปดาห์/เดือน/ปี)
 ไอ มีเสมหะปนเลือด []
 เหนื่อยง่าย หายใจลำบาก เป็นมานาน [] (ต่อสัปดาห์/เดือน/ปี)
 อื่นๆ นอกเหนือที่กล่าวมา โปรดระบุรายละเอียดและระยะเวลาของการเกิดอาการ []
อาการที่เกิดขึ้นจะเกิดเมื่อ
 ตื่นนอนตอนเช้า เวลาออกแรงหรือออกกำลังกาย เวลากลางคืน
- บุคคลในครอบครัวท่านเคยป่วยเป็นโรคทางระบบทางเดินหายใจหรือโรคปอดอื่นๆ หรือไม่ ถ้ามีกรุณาชี้แจงความสัมพันธ์และรายละเอียดของโรค []
- ข้าพเจ้าได้รับการรักษาโดย น.พ/ พ.ญ. [] นามสกุล []
ชื่อที่อยู่ของโรงพยาบาล/คลินิก และระบุเลขที่บัตรประจำตัวผู้ป่วย []
- ข้าพเจ้าได้รับการรักษาโดยวิธี ทานยาเป็นระยะเวลานาน [] เดือน/ปี ผ่าตัดเมื่อ [] เดือน [] พ.ศ. []
- ข้าพเจ้าเคยได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคดังต่อไปนี้
 ฉายเอกซเรย์ปอด ผลการตรวจ [] ตรวจเลือด ระบุชนิดและผลการตรวจ []
 ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผลการตรวจ [] อื่นๆ []
 ตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อไวรัสเอดส์ ผลการตรวจ ปกติ ผิดปกติ เมื่อ [] เดือน [] พ.ศ. []
- ข้าพเจ้าเคยได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล เคย ไม่เคย
ถ้าเคย ครั้งหลังสุดเมื่อ [] ได้รับการรักษาในร.พ.เป็นระยะเวลา []
- ข้าพเจ้าสูบบุหรี่ สูบ ไม่สูบ ถ้าสูบ สูบวันละ [] มวน [] ของ สูบมานาน [] ปี

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)