

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ [] - []

- ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย []
- ข้าพเจ้ามีอาการของโรคมะเร็ง ตั้งแต่วันที่ [] เดือน [] พ.ศ. []
- ข้าพเจ้าได้รับการรักษาโดย น.พ./ พ.ญ. [] อยู่ ร.พ./คลินิก ชื่อ []
- ข้าพเจ้าได้รับการรักษาครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ [] เดือน [] พ.ศ. []
- อาการโรคมะเร็งเกิดขึ้น [] ครั้งต่อปี
- แพทย์ได้วินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งที่เกิดจากสาเหตุ []
- อาการที่เกิดขึ้นแต่ละครั้งมีอาการหอบหืดด้วยหรือไม่ มี ไม่มี
ถ้ามีอาการเกิดขึ้นแต่ละครั้งเป็นเวลานาน [] ชม./ [] นาที
- อาการครั้งหลังสุดที่เกิดขึ้นเมื่อวันที่ [] เดือน [] พ.ศ. []
- ข้าพเจ้าได้ควบคุมอาการในขณะที่เกิดขึ้น โดยใช้ยาดังต่อไปนี้
 มอร์ฟีน อะดรีนาลิน รักษาโดยสเตียรอยด์
 รับประทุษยา, ภูมิต้านทานและขนาดของยาที่ใช้ []
- ข้าพเจ้าเคยได้รับการตรวจเอ็กซเรย์ปอด เคย ไม่เคย
ผลการตรวจ ปกติ ผิดปกติ
ตรวจครั้งหลังสุดเมื่อ []
- ข้าพเจ้าเคยได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล เคย ไม่เคย
ถ้าเคยครั้งหลังสุดเมื่อ [] เดือน [] พ.ศ. [] ระยะเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล []
- 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)