

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ -

1. ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย
2. มีบุคคลในครอบครัวข้าพเจ้าเป็นเบาหวานดังนี้ คือ
3. ข้าพเจ้ารู้ว่าตนเองเป็นเบาหวานตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ.
4. ข้าพเจ้าเริ่มรับการรักษาตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ.
5. ข้าพเจ้าได้รับการรักษาโดยแพทย์ชื่อ นามสกุล
ที่อยู่รพ./คลินิก
6. ข้าพเจ้าไปพบแพทย์เป็นประจำทุกๆ วัน/สัปดาห์/เดือน/ปี และไปพบแพทย์ครั้งสุดท้ายเมื่อ
7. ข้าพเจ้าได้รับการรักษาโดย ฉีดอินซูลิน ทานยา อื่นๆ เช่น
8. ข้าพเจ้าได้รับการตรวจปัสสาวะ บ่อย ไม่สม่ำเสมอ
ตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะ ทุกครั้ง บางครั้ง ไม่พบเลย
และพบสิ่งผิดปกติอื่นๆ ในปัสสาวะคือ ตรวจครั้งสุดท้ายเมื่อ
9. ข้าพเจ้าได้รับการตรวจเลือดหาระดับน้ำตาล (FBS) บ่อย ไม่บ่อย ผลการตรวจ
วันที่ที่ตรวจมีดังต่อไปนี้ วันที่ เดือน พ.ศ.
10. ข้าพเจ้า เคย ไม่เคย ป่วยอยู่ในขั้นต่อไปนี้ เป็นเบาหวานขั้นโคมา หัวใจผิดปกติ
 ความดันโลหิต มีสิ่งผิดปกติเกี่ยวกับตา
 ระบบปัสสาวะ, กระเพาะปัสสาวะ, ไตผิดปกติ เป็นแผลติดเชื้อ เช่น ฟุพอง,
 รู้สึกปวดหรือร้อนคล้ายไฟลวกที่ขา และฝ่าเท้า เหงือกเป็นหนอง, ทอลซิลอักเสบ
11. ข้าพเจ้า เคย ไม่เคย ได้รับการฉายเอกซเรย์ปอด (CXR)
(ถ้าเคย) ผลการตรวจพบว่าปอด ปกติ ผิดปกติ
ครั้งสุดท้ายได้รับการตรวจที่รพ./คลินิกชื่อ เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.
12. ข้าพเจ้า เคย ไม่เคย ได้รับการตรวจหัวใจด้วยเครื่องไฟฟ้า
(ถ้าเคย) ผลการตรวจพบว่าหัวใจ ปกติ ผิดปกติ
ครั้งสุดท้ายได้รับการตรวจที่รพ./คลินิกชื่อ เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.
13. หมายเหตุเพิ่มเติมอื่นๆ
(โปรดแนบสำเนาบัตรคนไข้และใบมอบอำนาจด้วย)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ตั้งแต่วันที่ยื่นใบคำขอเอาประกันภัยดังกล่าวจนถึงปัจจุบันสุขภาพของข้าพเจ้าไม่มีการเปลี่ยนแปลง และข้าพเจ้าไม่ได้รับการรักษาโรค การปรึกษาหรือการตรวจโรค
แต่อย่างใดเลยและขอรับรองต่อไปอีกว่าคำตอบทั้งหมดของข้าพเจ้าที่ได้ให้ไว้ในคำขอฯ ดังกล่าว รวมทั้งเรื่องราวที่เกี่ยวกับการประกอบอาชีพของข้าพเจ้ายังคงเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ณ เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. ลงชื่อ
()
พยาน / ตัวแทน / ผู้ให้บริการลงชื่อ
()
ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัยลงชื่อ
()
พยาน(กรณีที่เป็นใบคำขอเอาประกันภัยเยาวชนให้ผู้ชำระเบี้ยเป็นผู้ลงนาม
และถ้าผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ ให้บิดา, มารดา หรือ
ผู้ปกครองลงนามเป็นพยานด้วย)