

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ -

- ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย
- ข้าพเจ้ามีอาการวิงเวียน มึนงงศีรษะ ครั้งแรกเมื่อ
- มีอาการนานเท่าใด? กี่นาที? ครั้งสุดท้ายมีอาการเมื่อ
- อาการดังกล่าวมีผลทำให้เกิดอาการหมดสติหรือเป็นลมหรือไม่
- เมื่อมีอาการดังกล่าวเกิดขึ้น รักษาเองหรือไปพบแพทย์ที่คลินิก หรือพบแพทย์ที่โรงพยาบาล โปรดให้รายละเอียด
- ชื่อและที่อยู่ของแพทย์
- ลักษณะของการรักษาที่ได้รับ

ระยะเวลาในการรักษาตามที่แพทย์แนะนำ (กั้สัปดาห์/เดือน/ปี)
- ลักษณะของการตรวจทางห้องทดลองมีดังต่อไปนี้
ผลการตรวจ
- จากอาการดังกล่าว ข้าพเจ้าจำเป็นต้อง (ให้บอกจำนวนวัน)
 - พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา
 - พักอยู่กับบ้านเป็นระยะเวลา
 - หยุดงานเป็นระยะเวลา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ตั้งแต่วันที่ยื่นใบคำขอเอาประกันภัยดังกล่าวจนถึงปัจจุบันสุขภาพของข้าพเจ้าไม่มีการเปลี่ยนแปลง และข้าพเจ้าไม่ได้รับการรักษาโรค การปรึกษาหรือการตรวจโรค แต่อย่างใดเลยและขอรับรองต่อไปอีกว่าคำตอบทั้งหมดของข้าพเจ้าที่ได้ให้ไว้ในใบคำขอฯ ดังกล่าว รวมทั้งเรื่องราวที่เกี่ยวกับการประกอบอาชีพของข้าพเจ้ายังคงเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ณ เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. ลงชื่อ
()
พยาน / ตัวแทน / ผู้ให้บริการลงชื่อ
()
ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัยลงชื่อ
()
พยาน

(กรณีที่เป็นใบคำขอเอาประกันภัยเยาวชนให้ผู้ชำระเบี้ยเป็นผู้ลงนาม และถ้าผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ ให้บิดา, มารดา หรือ ผู้ปกครองลงนามเป็นพยานด้วย)