



**กรุงไทย แอ็กซ่า**  
 สยามใหม่ / บ่อการประจักษ์

บริษัท กรุงไทย-แอ็กซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)  
 เลขที่ 9 อาคาร ซี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามา 9 ชั้น 1, 20-27  
 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310  
 โทร. 0 2044 4000 โทรสาร 0 2044 4032 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159  
 ทะเบียนเลขที่ 0107555000376 www.krungthai-axa.co.th

UW18146

**แบบสอบถาม**

**เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง**

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่  -

- ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย
- ข้าพเจ้ารู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่วันที่  เดือน  พ.ศ.
- ข้าพเจ้าเริ่มรักษาความดันโลหิตสูงตั้งแต่วันที่  เดือน  พ.ศ.
- แพทย์ที่ทำการรักษาชื่อ  นามสกุล   
 ชื่อที่อยู่ของโรงพยาบาล/คลินิก   
 ระบุเลขบัตรประจำตัวผู้ป่วย
- ค่าของความดันโลหิตสูงก่อนการรักษาเท่ากับ
- ค่าของความดันโลหิตสูงครั้งล่าสุดเท่ากับ
- ชื่อและชนิดของยาที่ใช้รักษา
- ปัจจุบัน  กำลังรักษาอยู่  หยุดรักษาแล้ว
- ข้าพเจ้าเคยได้รับการตรวจเอ็กซเรย์ปอด (CXR)  เคย  ไม่เคย ถ้าเคย ผลการตรวจ  ปกติ  ผิดปกติ
- ข้าพเจ้าเคยได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG)  เคย  ไม่เคย ถ้าเคย ผลการตรวจ  ปกติ  ผิดปกติ
- ข้าพเจ้าเคยมีอาการดังนี้  
 เจ็บหน้าอก  เหนื่อยง่าย  ขาดมร่างกาย  หมดสติ  ตามัว
- มีคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพิ่มจากแพทย์ที่ทำการรักษาดังนี้คือ
- ข้าพเจ้าสูบบุหรี่วันละ  มวน/ซอง สูบมานาน  ปี

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ตั้งแต่วันที่ยื่นใบคำขอเอาประกันภัยดังกล่าวจนถึงปัจจุบันสุขภาพของข้าพเจ้าไม่มีการเปลี่ยนแปลง และข้าพเจ้าไม่ได้รับการรักษาโรค การปรึกษาหรือการตรวจโรค แต่อย่างใดเลยและขอรับรองต่อไปอีกว่าคำตอบทั้งหมดของข้าพเจ้าที่ได้ให้ไว้ในคำขอฯ ดังกล่าว รวมทั้งเรื่องราวที่เกี่ยวกับการประกอบอาชีพของข้าพเจ้ายังคงเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ณ  เมื่อวันที่  เดือน  พ.ศ.

ลงชื่อ   
 (  )  
 พยาน / ตัวแทน / ผู้ให้บริการ

ลงชื่อ   
 (  )  
 ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

ลงชื่อ   
 (  )  
 พยาน

( กรณีที่เป็นใบคำขอเอาประกันภัยเยาวชนให้ผู้ชำระเบี้ยเป็นผู้ลงนาม และถ้าผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ ให้บิดา, มารดา หรือ ผู้ปกครองลงนามเป็นพยานด้วย )