บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 9 อาคาร จี 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

UW33146

แบบสอบถาม เกี่ยวกับอาการปวดท้อง

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ ☐☐☐ – ☐☐☐☐☐☐☐

1. ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย

2. ข้าพเจ้ามีอาการปวดท้องบริเวณ

☐ ใต้ชายโครงซ้าย ☐ ใต้ชายโครงขวา ☐ ใต้ลิ้นปี่ ☐ บริเวณท้องน้อย

3. ข้าพเจ้ามีอาการเกิดขึ้น ครั้งต่อเดือน

ข้าพเจ้ามีอาการครั้งหลังสุดเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

4. ข้าพเจ้าได้รับการรักษาที่รพ./คลินิก เลขที่บัตรประจำตัวผู้ป่วย

วันเดือนปีที่ทำการรักษาตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ. ถึงวันที่ เดือน พ.ศ.

5. แพทย์ให้การวินิจฉัยอย่างไร

การรักษาและคำแนะนำที่ได้รับ

6. ข้าพเจ้าได้รับการตรวจดังต่อไปนี้

☐ ตรวจเลือดเพื่อดูหน้าที่การทำงานของตับ ผลการตรวจ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ได้รับการตรวจเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

☐ ตรวจอัลตราซาวด์ท้อง ผลการตรวจ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ได้รับการตรวจเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

☐ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผลการตรวจ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ได้รับการตรวจเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

☐ ตรวจเอ็กซเรย์ระบบทางเดินปัสสาวะ ผลการตรวจ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ได้รับการตรวจเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

☐ อื่นๆ (โปรดระบุ)

7. ปัจจุบันข้าพเจ้าได้รับการรักษาต่อเนื่อง ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ตั้งแต่วันที่ยื่นใบคำขอเอาประกันภัยดังกล่าวจนถึงปัจจุบันสุขภาพของข้าพเจ้าไม่มีการเปลี่ยนแปลง และข้าพเจ้าไม่ได้รับการรักษาโรค การปรึกษาหรือการตรวจโรคแต่อย่างใดเลยและขอรับรองต่อไปอีกว่าคำตอบทั้งหมดของข้าพเจ้าที่ได้ให้ไว้ในใบคำขอฯ ดังกล่าว รวมทั้งเรื่องราวที่เกี่ยวกับการประกอบอาชีพของข้าพเจ้ายังคงเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ณ เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

ลงชื่อ ( )
พยาน / ตัวแทน / ผู้ให้บริการ

ลงชื่อ ( )
ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

ลงชื่อ ( )
พยาน

(กรณีที่เป็นใบคำขอเอาประกันภัยเยาวชนให้ผู้ชำระเบี้ยเป็นผู้ลงนาม และถ้าผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ ให้บิดา, มารดา หรือ ผู้ปกครองลงนามเป็นพยานด้วย)