

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ - 1. ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย

2. ตามที่ข้าพเจ้าแถลงไว้ในใบสมัครว่าแพทย์ประจำตัวของข้าพเจ้า

ชื่อ น.พ./ พ.ญ. นามสกุล ที่อยู่ร.พ./คลินิก

3. ปกติพบแพทย์ประจำตัวด้วยเรื่องต่อไปนี้

 เป็นการตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อติดตามการรักษาโรคประจำตัว โปรดระบุลักษณะของโรคประจำตัว อื่นๆ คือ 4. ข้าพเจ้าเริ่มรักษาโรคประจำตัวตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ. รายละเอียดการรักษา 5. ปัจจุบันยังรักษาอยู่ ใช่ ไม่ใช่6. ข้าพเจ้าพบแพทย์ครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. 7. รายละเอียดของคำแนะนำจากแพทย์ 8. ปัจจุบันอาการและสุขภาพของข้าพเจ้าเป็นดังนี้ คือ

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)