

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่  - 

1. ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย
2. ตามที่ข้าพเจ้าแจ้งว่ามีอาการปวดข้อนั้น  
 ข่าพเจ้ามีอาการปวดข้อ  ข้อเข่า  ข้อเท้า  ข้อนิ้วมือ-นิ้วเท้า  อื่นๆ โปรดระบุ
3. ข้าพเจ้าเริ่มมีอาการดังกล่าวครั้งแรกเมื่อ  เดือน  พ.ศ.
4. ข้าพเจ้ามีอาการเกิดขึ้น  ครั้ง ต่อเดือน/ปี
5. ข้าพเจ้ามีอาการครั้งหลังสุดเมื่อ  เดือน  พ.ศ.
6. แพทย์ให้การรักษาโดย  ทานยา  ฉีดยาเข้าข้อ  รักษาโดยสเต็มเซลล์  ผ่าตัด  กายภาพบำบัด  
 อื่นๆ โปรดระบุ
- ชื่อและที่อยู่ของโรงพยาบาล/คลินิกที่ทำการรักษา
- ปัจจุบันยังทำการรักษาต่อเนื่องหรือไม่  ถ้ามีครั้งสุดท้ายเมื่อใด
7. ข้าพเจ้าได้รับการตรวจเพิ่มเติมดังนี้คือ  
 ตรวจเลือดเพื่อหาระดับยูริก ผลการตรวจ  ปกติ  ผิดปกติ ได้รับการตรวจเมื่อวันที่  เดือน  พ.ศ.   
 เอ็กซเรย์ บริเวณ   
ผลการตรวจ  ปกติ  ผิดปกติ ได้รับการตรวจเมื่อวันที่  เดือน  พ.ศ.
8. แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าข้าพเจ้าเป็นโรค  โรครูมาตอยด์  โรคเก๊าท์  โรคข้อเสื่อม  อื่นๆ กรุณาระบุ
9. ขณะนี้ข้าพเจ้ายังคงได้รับการรักษาอยู่  ใช่  ไม่ใช่

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 )