

แบบสอบถามเกี่ยวกับก้อนเนื้ออก หรืออาการปวดหรือบวมต่างๆ

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ -

- ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย
- ข้าพเจ้าทราบหรือสังเกตเห็นก้อนเนื้อหรืออาการปวดบวมขึ้นครั้งแรกเมื่อ เดือน พ.ศ.
ข้าพเจ้าทราบว่า มีก้อนเนื้อหรืออาการปวดบวมต่างๆ จาก ตรวจอัลตราซาวด์ สังเกตเห็น แพทย์ตรวจพบ
- ก้อนเนื้อออกดังกล่าวเกิดขึ้นที่บริเวณ และมีก้อนเนื้อจำนวน ก้อน
- ข้าพเจ้าทราบว่า มีก้อนเนื้อหรืออาการปวดบวมก่อนไปพบแพทย์มานาน
- แพทย์ผู้ทำการรักษาชื่อ นามสกุล
ชื่อ, ที่อยู่โรงพยาบาล/คลินิก
ระบุเลขที่บัตรประจำตัวผู้ป่วย
- แพทย์ได้ให้การรักษาดังต่อไปนี้
 ทานยา (ระบุชื่อยาและขนาดของยาที่ได้รับ)
 ผ่าตัดเอาออกโดยแพทย์ที่ไปพบ โดยไม่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
- หากมีการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล กรุณาแจ้งรายละเอียดดังต่อไปนี้
ก. ชื่อและที่อยู่ของโรงพยาบาล
ข. วันที่เข้ารักษาตัว และระยะเวลารักษานานเท่าไร
ค. รายละเอียดของการผ่าตัด

ง. ภายหลังการผ่าตัดท่านได้รับการรักษาต่อโดยวิธี รับประทุษยานา ฉายรังสี เคมีบำบัด ผังแร่
- ผลการตรวจชิ้นเนื้อ ปกติ ไม่ใช่เนื้อร้าย ผิดปกติ
- ภายหลังการรักษาท่านยังมีก้อนเนื้ออก/อาการปวดบวมใดๆ หรือมีอาการกลับเป็นซ้ำของโรคอีกหรือไม่ มี ไม่มี
และถ้ามี มีรายละเอียดดังนี้
- ภายหลังการรักษาแล้วข้าพเจ้าไปพบแพทย์อีก ครั้ง เพื่อ
โดยไปพบแพทย์ครั้งหลังสุดเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.
แพทย์ผู้ทำการรักษาชื่อ นามสกุล
ชื่อ, ที่อยู่โรงพยาบาล/คลินิก
ระบุเลขที่บัตรประจำตัวผู้ป่วย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ตั้งแต่วันที่ยื่นใบคำขอเอาประกันภัยดังกล่าวจนถึงปัจจุบันสุขภาพของข้าพเจ้าไม่มีการเปลี่ยนแปลง และข้าพเจ้าไม่ได้รับการรักษาโรค การปรึกษาหรือการตรวจโรค แต่อย่างใดเลยและขอรับรองต่อไปอีกว่าคำตอบทั้งหมดของข้าพเจ้าที่ได้ให้ไว้ในใบคำขอฯ ดังกล่าว รวมทั้งเรื่องราวที่เกี่ยวกับการประกอบอาชีพของข้าพเจ้ายังคงเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ณ เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

ลงชื่อ
()
พยาน / ตัวแทน / ผู้ให้บริการ

ลงชื่อ
()
ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

ลงชื่อ
()
พยาน

(กรณีที่เป็นใบคำขอเอาประกันภัยเยาวชนให้ผู้ชำระเบี้ยเป็นผู้ลงนาม และถ้าผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ ให้บิดา, มารดา หรือ ผู้ปกครองลงนามเป็นพยานด้วย)