

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ -

- ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย
- ข้าพเจ้ามีอาการผิดปกติก่อนไปพบแพทย์คือ
- ข้าพเจ้าทราบว่ามีความผิดปกติตั้งแต่ เดือน พ.ศ.
ข้าพเจ้าได้รับการรักษาครั้งแรกเมื่อ เดือน พ.ศ.
- แพทย์ผู้ทำการรักษาชื่อ นามสกุล
ชื่อ,ที่อยู่โรงพยาบาล/คลินิก
ระบุเลขที่บัตรประจำตัวผู้ป่วย
- แพทย์ให้การวินิจฉัยโรคว่าอย่างไร
- การรักษาและคำแนะนำที่ได้รับ ทานยา เมื่อ ตัดน้ำแร่ เมื่อ การผ่าตัด เมื่อ
- กรณีที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ผลการตรวจชิ้นเนื้อ พบว่า ปกติ ไม่ใช่เนื้อร้าย ผิดปกติ
- ข้าพเจ้าเคยได้รับการตรวจพิเศษ เกี่ยวกับต่อมไทรอยด์ หรือไม่ เคย ไม่เคย
ถ้าเคย โปรดระบุวันเดือนปีที่ทำ การตรวจและผลการตรวจ
 ตรวจเลือดเพื่อดูหน้าที่ของต่อมไทรอยด์ เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. ผลการตรวจ
 Thyroid Scan เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. ผลการตรวจ
 อัลตราซาวด์ต่อมไทรอยด์ เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. ผลการตรวจ
 การตรวจพิเศษอื่นๆ (กรุณาระบุชนิดของการตรวจให้ชัดเจน) เมื่อ ผลการตรวจ
- ข้าพเจ้าไปพบแพทย์ครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.
- ผลการตรวจเกี่ยวกับไทรอยด์ครั้งสุดท้ายเป็นอย่างไร
- ปัจจุบันยังรับประทานยาต่อเนื่องหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ (กรุณาระบุชื่อยา และขนาดรับประทาน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ตั้งแต่วันที่ยื่นใบคำขอเอาประกันภัยดังกล่าวจนถึงปัจจุบันสุขภาพของข้าพเจ้าไม่มีการเปลี่ยนแปลง และข้าพเจ้าไม่ได้รับการรักษาโรค การปรึกษาหรือการตรวจโรค แต่อย่างใดเลยและขอรับรองต่อไปอีกว่าคำตอบทั้งหมดของข้าพเจ้าที่ได้ให้ไว้ในใบคำขอ ดังกล่าว รวมทั้งเรื่องราวที่เกี่ยวกับการประกอบอาชีพของข้าพเจ้ายังคงเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ณ เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. ลงชื่อ
()
พยาน / ตัวแทน / ผู้ให้บริการลงชื่อ
()
ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัยลงชื่อ
()
พยาน

(กรณีที่เป็นใบคำขอเอาประกันภัยเยาวชนให้ผู้ชำระเบี้ยเป็นผู้ลงนาม และถ้าผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ ให้บิดา, มารดา หรือ ผู้ปกครองลงนามเป็นพยานด้วย)