

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ [] - []

1. ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย []

ข้าพเจ้าขอให้รายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับน้ำหนักของข้าพเจ้า ดังต่อไปนี้

2. สาเหตุที่น้ำหนักของข้าพเจ้าลดลงเนื่องจาก []

3. ข้าพเจ้าไปรับการรักษาหรือปรึกษาแพทย์เนื่องจากน้ำหนักตัวลด/ลดน้ำหนัก มี ไม่มี

ถ้ามี รักษา/ปรึกษากับ น.พ./ พ.ญ. [] นามสกุล []

ชื่อ, ที่อยู่โรงพยาบาล/คลินิก []

ระบุเลขที่บัตรประจำตัวผู้ป่วย []

4. น้ำหนักตัวก่อนที่จะมีการเปลี่ยนแปลง []

5. แพทย์ได้ให้คำปรึกษา/แนะนำให้ปฏิบัติตัวดังนี้

ทานยา ควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย อื่นๆ (อาหารเสริม) []

ถ้าทานยา ให้ทานตั้งแต่วันที่ [] เดือน [] พ.ศ. [] ถึงวันที่ [] เดือน [] พ.ศ. []

6. กรณีรับประทานยา ข้าพเจ้ามีอาการผิดปกติใดๆ อันสืบเนื่องมาจากการใช้ยาดังกล่าว มี ไม่มี

กรุณาระบุรายละเอียด []

7. ข้าพเจ้าได้พบแพทย์ครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ [] เดือน [] พ.ศ. [] ถ้ามี

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ตั้งแต่วันที่ยื่นใบคำขอเอาประกันภัยดังกล่าวจนถึงปัจจุบันสุขภาพของข้าพเจ้าไม่มีการเปลี่ยนแปลง และข้าพเจ้าไม่ได้รับการรักษาโรค การปรึกษาหรือการตรวจโรค แต่อย่างใดเลยและขอรับรองต่อไปอีกว่าคำตอบทั้งหมดของข้าพเจ้าที่ได้ให้ไว้ในใบคำขอ ดังกล่าว รวมทั้งเรื่องราวที่เกี่ยวกับการประกอบอาชีพของข้าพเจ้ายังคงเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ณ [] เมื่อวันที่ [] เดือน [] พ.ศ. []

ลงชื่อ []
([])
พยาน / ตัวแทน / ผู้ให้บริการ

ลงชื่อ []
([])
ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

ลงชื่อ []
([])
พยาน

(กรณีที่เป็นใบคำขอเอาประกันภัยเยาวชนให้ผู้ชำระเบี้ยเป็นผู้ลงนาม และถ้าผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ ให้บิดา, มารดา หรือ ผู้ปกครองลงนามเป็นพยานด้วย)