

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ [ ] - [ ]

- ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย [ ]
- ข้าพเจ้ามีอาการทางระบบทางเดินปัสสาวะครั้งแรกเมื่อวันที่ [ ] เดือน [ ] พ.ศ. [ ]
- ข้าพเจ้ามีอาการดังต่อไปนี้  
 อาการปวดหลัง  อาการปวดปัสสาวะ  ปัสสาวะมีเลือดปน  
 ปัสสาวะออกมาก  เคยตรวจพบจากการตรวจเข้าทำงาน, ไปต่างประเทศ หรือทำประกัน
- เมื่อข้าพเจ้ามีอาการ ข้าพเจ้าปฏิบัติตัวโดย  
 ไปพบแพทย์ตามคลินิก, (ถ้ามี) ชื่อคลินิก [ ]  
 เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล, ระบุชื่อโรงพยาบาล [ ]  
แพทย์ที่ทำการรักษาชื่อ [ ] นามสกุล [ ]
- ข้าพเจ้าเคยไปรับการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคดังต่อไปนี้  
 ตรวจเลือดเพื่อดูการทำงานของไต ผลการตรวจ [ ]  
 เอ็กซเรย์เพื่อดูระบบทางเดินปัสสาวะ ผลการตรวจ [ ]  
 ฉีดสีเพื่อดูการทำงานของระบบทางเดินปัสสาวะ ผลการตรวจ [ ]
- แพทย์ให้การวินิจฉัยโรคว่าเป็น [ ]
- ข้าพเจ้าได้รับการรักษาโดยวิธี  ทานยา  ผ่าตัด  อื่นๆ ระบุ [ ]  
เป็นเวลานานเท่าใด [ ]
- อาการผิดปกติดังกล่าวเคยมีการกลับเป็นของโรคอีกหรือไม่  มี  ไม่มี  
ถ้ามี อาการเป็นอย่างไร [ ]
- ข้าพเจ้าไปพบแพทย์ครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ [ ] เดือน [ ] พ.ศ. [ ] ชื่อสถานที่ โรงพยาบาล/คลินิก [ ]  
สาเหตุหรือความผิดปกติที่ไปพบคือ [ ]

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 )