

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่  -

1. ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย

2. ข้าพเจ้ามีอาการแสดงของโรคหัวใจแบบใด

- เหนื่อยง่าย  เจ็บหน้าอก  
 หายใจลำบาก  ชีต เขียวคล้ำ ผิวหนังแห้ง  
 อื่นๆ (โปรดระบุ)

3. ได้รับการรักษาโดย นพ./ พญ.  นามสกุล  เมื่อวันที่  เดือน  พ.ศ.   
ที่โรงพยาบาล/คลินิก   
ระบุเลขบัตรประจำตัวผู้ป่วย

4. แพทย์วินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคหัวใจชนิดใด

- ผนังหัวใจรั่ว  ลิ้นหัวใจตีบ/ปิดไม่สนิท  
 กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด/ตาย  หัวใจโต  ลิ้นหัวใจยื่น  
 อื่นๆ (โปรดระบุ)

5. แพทย์ให้การรักษาโดยวิธี  รับประทานยา, กรณารระบุชื่อยาและขนาดของยาที่รับประทาน  
 ผ่าตัด  
 รายละเอียดอื่น ๆ (ถ้ามี)

6. ข้าพเจ้าเคยได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคดังต่อไปนี้

- |  |                      |                               |                                  |                          |                      |       |                      |      |                      |
|--|----------------------|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------|----------------------|-------|----------------------|------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> เอ็กซเรย์ทรวงอก                   | ผลการตรวจ            | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ได้รับการตรวจเมื่อวันที่ | <input type="text"/> | เดือน | <input type="text"/> | พ.ศ. | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> คลื่นหัวใจด้วยเครื่องไฟฟ้า        | ผลการตรวจ            | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ได้รับการตรวจเมื่อวันที่ | <input type="text"/> | เดือน | <input type="text"/> | พ.ศ. | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจขณะออกกำลังกาย | ผลการตรวจ            | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ได้รับการตรวจเมื่อวันที่ | <input type="text"/> | เดือน | <input type="text"/> | พ.ศ. | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> ตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (Echo)  | ผลการตรวจ            | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ได้รับการตรวจเมื่อวันที่ | <input type="text"/> | เดือน | <input type="text"/> | พ.ศ. | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ)                  | <input type="text"/> |                               |                                  |                          |                      |       |                      |      |                      |

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 )