

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ [ ]-[ ]

1. ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย [ ]
2. ข้าพเจ้าได้รับการตรวจพบว่าเป็นโรคตับอักเสบเมื่อ [ ] เดือน [ ] พ.ศ. [ ]
3. ข้าพเจ้าเคยมีอาการต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ (กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องที่เคยมีอาการ)
- ตา, ตัวเหลือง
- คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง
- ตรวจพบว่ามีตับโต (ถ้าเคย กรุณาแจ้งด้วยว่าตรวจพบอาการจากการตรวจร่างกาย หรือจากการทำอัลตราซาวด์) [ ]
- ผลการตรวจเลือด ดูการทำงานของตับผิดปกติ (ในกรณีที่ผลการตรวจเก็บไว้ กรุณาแนบมาประกอบการพิจารณาด้วย)
4. ข้าพเจ้าเคยได้รับการตรวจเลือด และ/หรือตรวจอัลตราซาวด์เมื่อ [ ]  
(กรุณาระบุวันเดือนปีที่เจ็บป่วย และสาเหตุที่ได้รับการตรวจแต่ละครั้งมาด้วย) [ ]  
ได้รับการตรวจจากแพทย์ชื่อ [ ] นามสกุล [ ]  
ที่อยู่โรงพยาบาล/สถานพยาบาล หรือห้อง LAB ที่ท่านได้รับการตรวจ [ ]
5. แพทย์ได้วินิจฉัยโรคว่าข้าพเจ้าป่วยเป็นโรคตับอักเสบชนิด  ไวรัสเอ  ไวรัสบี  ไวรัสซี
- เนื่องจากการใช้ยา  เนื่องจากการดื่มสุรา  อื่นๆ กรุณาระบุ [ ]
6. ข้าพเจ้า  ต้มเหล้า (กรุณาระบุชนิด และปริมาณที่ดื่มต่อครั้งต่อสัปดาห์) [ ]  
 ไม่ดื่มเหล้า  
 หยุดดื่มเหล้าเมื่อ [ ] สาเหตุที่หยุดดื่ม [ ]
7. ข้าพเจ้าไปพบแพทย์ครั้งสุดท้ายเมื่อ [ ] เดือน [ ] พ.ศ. [ ]  
สาเหตุหรือความผิดปกติที่ไปพบ คือ [ ]

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 )