



กรุงไทย แอ็กซ่า

ชื่อย่อใหม่ / บอจการประกันชีวิต

บริษัท กรุงไทย-แอ็กซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามา 9 ชั้น 1, 20-27
ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
โทร. 0 2044 4000 โทรสาร 0 2044 4032 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159
ทะเบียนเลขที่ 0107555000376 www.krungthai-axa.co.th

UW68150

แบบสอบถามเกี่ยวกับโรคอื่นๆ

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ [] - []

- ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย []
- ท่านเริ่มมีอาการเจ็บป่วยมานานเท่าไร []
- มีอาการอย่างไรบ้าง []
- แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรค []
มีสาเหตุมาจาก ไม่ทราบ ทราบ []
- ได้รับการรักษาโดย รับประทานยา ผ่าตัด
 อื่น ๆ โปรดระบุ []
- ผลการรักษาเป็นอย่างไร หายเป็นปกติ ยังมีอาการและรักษาอยู่ หยุดรักษาแล้วแต่ยังต้องตรวจตามแพทย์นัด
 อื่น ๆ โปรดระบุ []
- ท่านได้รับการรักษาที่ไหนบ้าง
 - ชื่อสถานที่รักษา [] รักษาตั้งแต่ [] ถึง []
 - ชื่อสถานที่รักษา [] รักษาตั้งแต่ [] ถึง []
 - ชื่อสถานที่รักษา [] รักษาตั้งแต่ [] ถึง []

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ตั้งแต่วันที่ยื่นใบคำขอเอาประกันภัยดังกล่าวจนถึงปัจจุบันสุขภาพของข้าพเจ้าไม่มีการเปลี่ยนแปลง และข้าพเจ้าไม่ได้รับการรักษาโรค การปรึกษาหรือการตรวจโรคแต่อย่างใดเลยและขอรับรองต่อไปอีกว่าคำตอบทั้งหมดของข้าพเจ้าที่ได้ให้ไว้ในใบคำขอ ดังกล่าว รวมทั้งเรื่องราวที่เกี่ยวกับการประกอบอาชีพของข้าพเจ้ายังคงเป็นความจริงทุกประการ

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

ลงชื่อ ([])
พยาน / ตัวแทน / ผู้ให้บริการ

ลงชื่อ ([])
ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

ลงชื่อ ([])
พยาน

(กรณีที่เป็นใบคำขอเอาประกันภัยเยาวชนให้ผู้ชำระเบี้ยเป็นผู้ลงนาม และถ้าผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ ให้บิดา, มารดา หรือผู้ปกครองลงนามเป็นพยานด้วย)