

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ []-[]

1. ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย []

2. ข้าพเจ้าเริ่มเป็นโรคหอบหืดครั้งแรกเมื่อวันที่ [] เดือน [] พ.ศ. []

3. ข้าพเจ้ามีอาการของโรคหอบหืด ปีละ [] ครั้ง

4. อาการที่เกิดขึ้นแต่ละครั้งมีระยะเวลาสั้นเท่าใด []

5. ข้าพเจ้ามีอาการหอบหืดครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ [] เดือน [] พ.ศ. []

6. ในขณะที่ไม่มีอาการของโรคหอบหืดท่านมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่
 ก. ไอ มี ไม่มี
 ข. หายใจไม่สะดวก มี ไม่มี
 ค. มีเสียงหวีดๆ มี ไม่มี

7. ข้าพเจ้าได้รับการรักษาโดย ทานยา พ่นยาขยายหลอดลม
 อื่นๆ (ระบุ) []

8. เพื่อควบคุมอาการหอบหืด ท่านได้ใช้ยาดังต่อไปนี้หรือไม่ ใช่ ไม่ใช่
 มอร์ฟีน
 อะดรีนาลีน
 การรักษาโดยสเตียรอยด์ (ระบุขนาดของยาที่รับประทาน) []
 วิถีการใช้สเตียรอยด์ ใช้ในขณะที่มีอาการเท่านั้น รับประทานยาต่อเนื่อง

9. ข้าพเจ้าเคยได้รับการฉีดยาเอ็กเซอร์ซิโตหรือไม่ เคย ไม่เคย
 เมื่อใด [] ที่ไหน []
 ผลการฉีดยาเอ็กเซอร์ซิโตเป็นอย่างไร []

10. ข้าพเจ้าได้รับการรักษาโดยแพทย์ชื่อ [] นามสกุล []
 ที่อยู่โรงพยาบาล/คลินิก []
 ระบุเลขที่บัตรประจำตัวผู้ป่วย []

11. ท่านเคยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่ เคย ไม่เคย
 ถ้าเคย โปรดระบุชื่อโรงพยาบาล [] จำนวนวัน [] วัน

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)