

แบบสอบถามเกี่ยวกับ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ []-[]

1. ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย []

2. ข้าพเจ้าขอให้รายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ดังนี้

ข้าพเจ้าดื่ม สุรา - จำนวน [] ครั้ง ต่อ สัปดาห์ เดือน

- ปริมาณแต่ละครั้งที่ดื่ม 1/4 ขวด 1/2 ขวด 1 ขวด

- อื่นๆ (ปริมาณมากหรือน้อยกว่า) โปรดระบุ []

- ดื่มมานาน [] ปี [] เดือน

เบียร์ - จำนวน [] ครั้ง ต่อ สัปดาห์ เดือน

- ปริมาณแต่ละครั้งที่ดื่ม [] ขวด/กระป๋อง

- ดื่มมานาน [] ปี [] เดือน

เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ชนิดอื่นคือ []

3. ปัจจุบันยังดื่มอีกหรือไม่ ดื่ม ไม่ได้ดื่มแล้ว

4. ข้าพเจ้าเคยมีอาการปวดแสบกระเพาะอาหาร น้ำหนักตัวลดลง ตัวเหลือง เคย ไม่เคย

ถ้าเคย เคยมีอาการเมื่อ [] เดือน [] พ.ศ. [] รักษาที่รพ./คลินิก []

5. ข้าพเจ้าเคยไปพบแพทย์เพื่อปรึกษาเกี่ยวกับอาการผิดปกติ เนื่องจากการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่ เคย ไม่เคย

ถ้าเคย กรุณาระบุชื่อแพทย์และโรงพยาบาล/คลินิกที่ไปตรวจรักษา []

[]

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)