

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ [ ] - [ ]

1. ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย [ ]

ข้าพเจ้าขอให้รายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ ดังต่อไปนี้

2. ข้าพเจ้าเลิกสูบบุหรี่มาประมาณ [ ] เดือน [ ] ปี

3. เคยสูบบุหรี่ประมาณวันละ [ ] มวน [ ] ของ เป็นเวลานาน [ ] ปี

4. สาเหตุที่เลิกสูบบุหรี่เนื่องจาก

- ปัญหาสุขภาพ  ค่าโฆษณาเชิญชวน  
 แพทย์แนะนำ  อื่นๆ คือ [ ]

5. ก่อนการเลิกสูบบุหรี่มีอาการดังนี้

- หายใจลำบาก  หอบเหนื่อย  
 เจ็บหน้าอก  เป็นโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ  
 อื่นๆ คือ [ ]

ได้รับการรักษาจาก น.พ./ พ.ญ. [ ] นามสกุล [ ]

ที่อยู่ร.พ./คลินิก, กรมการบุเลขที่บัตรประจำตัวผู้ป่วย [ ]  
[ ]

เริ่มรักษาตั้งแต่วันที่ [ ] เดือน [ ] พ.ศ. [ ]

ปัจจุบันยังคงรักษาอยู่  ใช่  หยุดรักษาแล้ว

พบแพทย์ครั้งสุดท้าย เมื่อวันที่ [ ] เดือน [ ] พ.ศ. [ ]

ปัจจุบันอาการและสุขภาพของข้าพเจ้าเป็นดังนี้ คือ [ ]  
[ ]

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 )