

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ -

- ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย
- ข้าพเจ้ามีอาการโรคกระเพาะ และ/หรือลำไส้ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ.
- อาการโรคกระเพาะกำเริบขึ้น ครั้งต่อเดือน/ปี
- อาการของโรคกระเพาะกำเริบครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.
ในขณะที่มีอาการ ข้าพเจ้าเคยมีอาการดังต่อไปนี้
ก. อาเจียนเป็นเลือด มี ไม่มี
ข. ถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ มี ไม่มี
ค. ถ่ายอุจจาระปนเลือด มี ไม่มี
- ในขณะที่มีอาการ ข้าพเจ้าเคยมีอาการปวดท้องแผ่ขยายไปยัง
ก. ส่วนอื่นๆ ของหน้าท้อง หรือแผ่นหลัง มี ไม่มี
ข. หน้าอก หรือแขน มี ไม่มี
- ข้าพเจ้าเคยมีอาการหายใจไม่สะดวกในขณะที่มีอาการ มี ไม่มี
- ข้าพเจ้าได้รับการรักษาโดย น.พ./ พ.ญ. นามสกุล
ชื่อที่อยู่ของโรงพยาบาล/คลินิก
ระบุเลขที่บัตรประจำตัวผู้ป่วย
โดยเริ่มทำการรักษาเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.
- ข้าพเจ้าเคยได้รับการตรวจวินิจฉัย
ก. โดยวิธีเอ็กซเรย์กลืนสารทึบแสง เคย ไม่เคย
ได้รับการตรวจเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. ผลการตรวจ ปกติ ผิดปกติ
ข. ตรวจกระเพาะโดยส่องกล้อง เคย ไม่เคย
ได้รับการตรวจเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. ผลการตรวจ ปกติ ผิดปกติ
- ข้าพเจ้าได้รับการรักษาโรคกระเพาะอาหารดังนี้ โดยการผ่าตัด โดยการทานยา โดยการควบคุมอาหาร
- ขณะนี้ข้าพเจ้ายังคงรักษาโรคกระเพาะอาหาร ใช่ ไม่ใช่
- ข้าพเจ้าดื่ม เหล้า เบียร์ เดือนละ ครั้ง ปริมาณครั้งละ
- ข้าพเจ้าสูบบุหรี่วันละ มวน ของ และสูบบุหรี่มานาน ปี

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ตั้งแต่วันที่ยื่นใบคำขอเอาประกันภัยดังกล่าวจนถึงปัจจุบันสุขภาพของข้าพเจ้าไม่มีการเปลี่ยนแปลง และข้าพเจ้าไม่ได้รับการรักษาโรค การปรึกษาหรือการตรวจโรค แต่อย่างใดเลยและขอรับรองต่อไปอีกว่าคำตอบทั้งหมดของข้าพเจ้าที่ได้ให้ไว้ในใบคำขอฯ ดังกล่าว รวมทั้งเรื่องราวที่เกี่ยวกับการประกอบอาชีพของข้าพเจ้ายังคงเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ณ เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. ลงชื่อ
()
พยาน / ตัวแทน / ผู้ให้บริการลงชื่อ
()
ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัยลงชื่อ
()
พยาน(กรณีที่เป็นใบคำขอเอาประกันภัยเยาวชนให้ผู้ชำระเบี้ยเป็นผู้ลงนาม
และถ้าผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ ให้บิดา, มารดา หรือ
ผู้ปกครองลงนามเป็นพยานด้วย)