



กรุงไทย แอ็กซ่า

เบี้ยประกันภัย / บอกรับประกันชีวิต

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

UW21146

แบบสอบถามการเลิกเต็มสุรา

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ -

1. ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย

2. ข้าพเจ้าขอให้รายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเลิกเต็มสุรามานประมาณ เดือน ปี ที่ผ่านมาดังนี้

3. ข้าพเจ้าเต็มสุราตั้งแต่อายุ ปี ในอดีตข้าพเจ้าเต็มสุราชนิดใด

4. เต็มสุราในปริมาณ (แก้ว/แบน/กลม) ต่อครั้ง จำนวน ครั้งต่อ (สัปดาห์/เดือน/ปี)

5. สาเหตุที่ข้าพเจ้าเลิกเต็มสุรา ค่าโฆษณาเชิญชวน ปัญหาสุขภาพ แพทย์แนะนำ

อื่นๆ ดังนี้

6. ขณะที่เลิกเต็มสุราข้าพเจ้ามีอาการ

7. ก่อน และหลังที่เลิกเต็มสุราข้าพเจ้ามีอาการผิดปกติของร่างกาย ไม่มี มี ดังนี้

8. ข้าพเจ้าได้รับคำแนะนำ/การรักษาของแพทย์ ไม่ใช่ ใช่

โดย นพ./พญ. นามสกุล

ที่โรงพยาบาล/คลินิก

ที่ตั้งโดยละเอียด

ไม่มี มีการตรวจพิเศษ ผลการตรวจเป็นดังนี้

(โปรด แนบสำเนาบัตรคนไข้และใบมอบอำนาจด้วย)

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)