

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ [] - []

- ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย []
- ข้าพเจ้ามีอาการผิดปกติก่อนไปพบแพทย์คือ []
- ข้าพเจ้าเคยมีอาการดังต่อไปนี้
 ตา, ตัวเหลือง ตับม้ามโต มีจ้ำเลือด, พราย้ำ
 มีเลือดออกง่ายตามร่างกาย อาการผิดปกติอื่นๆ โปรดระบุ []
- ข้าพเจ้าทราบว่ามีความผิดปกติตั้งแต่ [] เดือน [] พ.ศ. []
- ข้าพเจ้าได้รับการรักษาครั้งแรกเมื่อวันที่ [] เดือน [] พ.ศ. []
ที่โรงพยาบาล/คลินิก, ระบุเลขบัตรประจำตัวผู้ป่วย []
- แพทย์วินิจฉัยโรคอย่างไร []
การรักษาและคำแนะนำที่ได้รับ []
- ข้าพเจ้าเคยได้รับการเปลี่ยนถ่ายเลือด เคย ไม่เคย
ถ้าเคย กรุณาระบุเป็นจำนวน [] ครั้ง เคยได้รับเลือดเมื่อวันที่ [] เดือน [] พ.ศ. []
- มีบุคคลในครอบครัวข้าพเจ้าเป็นโลหิตจาง, โรคเลือดอื่น ใช่ ไม่ใช่
ถ้าใช่ กรุณาระบุความสัมพันธ์ []
- ข้าพเจ้าพบแพทย์ครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ [] เดือน [] พ.ศ. []
แพทย์ให้การรักษาและคำแนะนำอย่างไร []
- ปัจจุบันข้าพเจ้ายังรับประทานยาต่อเนื่องดังต่อไปนี้
 ยาบำรุงเลือด ชื่อยา [] ขนาดที่รับประทาน/วัน []
 ยาสเตียรอยด์ ชื่อยา [] ขนาดที่รับประทาน/วัน []
 อื่นๆ โปรดระบุ ชื่อยา [] ขนาดที่รับประทาน/วัน []

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ตั้งแต่วันที่ยื่นใบคำขอเอาประกันภัยดังกล่าวจนถึงปัจจุบันสุขภาพของข้าพเจ้าไม่มีการเปลี่ยนแปลง และข้าพเจ้าไม่ได้รับการรักษาโรค การปรึกษาหรือการตรวจโรค แต่อย่างใดเลยและขอรับรองต่อไปอีกว่าคำตอบทั้งหมดของข้าพเจ้าที่ได้ให้ไว้ในคำขอฯ ดังกล่าว รวมทั้งเรื่องราวที่เกี่ยวกับการประกอบอาชีพของข้าพเจ้ายังคงเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ณ [] เมื่อวันที่ [] เดือน [] พ.ศ. []

ลงชื่อ []
([])
พยาน / ตัวแทน / ผู้ให้บริการ

ลงชื่อ []
([])
ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

ลงชื่อ []
([])
พยาน

(กรณีที่เป็นใบคำขอเอาประกันภัยเยาวชนให้ผู้ชำระเบี้ยเป็นผู้ลงนาม และถ้าผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ ให้บิดา, มารดา หรือ ผู้ปกครองลงนามเป็นพยานด้วย)