

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ -

1. ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย
2. ข้าพเจ้ามีอาการผิดปกติก่อนไปพบแพทย์คือ
3. ข้าพเจ้าเคยมีอาการดังต่อไปนี้
- ตา, ตัวเหลือง ตับม้ามโต มีจ้ำเลือด, พรอย้ำ
- มีเลือดออกง่ายตามร่างกาย อาการผิดปกติอื่นๆ โปรดระบุ
4. ข้าพเจ้าทราบว่ามีความผิดปกติตั้งแต่ เดือน พ.ศ.
5. ข้าพเจ้าได้รับการรักษาครั้งแรกเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.
- ชื่อ, ที่อยู่โรงพยาบาล/คลินิก
- ระบุเลขบัตรประจำตัวผู้ป่วย
6. แพทย์วินิจฉัยโรคอย่างไร
- การรักษาและคำแนะนำที่ได้รับ
7. ข้าพเจ้าเคยได้รับการเปลี่ยนถ่ายเลือด เคย ไม่เคย
- ถ้าเคย กรุณาระบุเป็นจำนวน ครั้ง เคยได้รับเลือดเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.
8. มีบุคคลในครอบครัวข้าพเจ้าเป็นโรคโลหิตจาง, โรคเลือดอื่น ใช่ ไม่ใช่
- ถ้าใช่ กรุณาระบุความสัมพันธ์
9. ข้าพเจ้าพบแพทย์ครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.
- แพทย์ให้การรักษาและคำแนะนำอย่างไร
10. ปัจจุบันข้าพเจ้ายังรับประทานยาต่อเนื่องดังต่อไปนี้
- | | | |
|---|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ยาน้ำรุนแรงเลือด | ชื่อยา <input type="text"/> | ขนาดที่รับประทาน/วัน <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> ยาสเตียรอยด์ | ชื่อยา <input type="text"/> | ขนาดที่รับประทาน/วัน <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ | ชื่อยา <input type="text"/> | ขนาดที่รับประทาน/วัน <input type="text"/> |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ตั้งแต่วันที่ยื่นใบคำขอเอาประกันภัยดังกล่าวจนถึงปัจจุบันสุขภาพของข้าพเจ้าไม่มีการเปลี่ยนแปลง และข้าพเจ้าไม่ได้รับการรักษาโรค การปรึกษาหรือการตรวจโรค แต่อย่างใดเลยและขอรับรองต่อไปอีกว่าคำตอบทั้งหมดของข้าพเจ้าที่ได้ให้ไว้ในคำขอฯ ดังกล่าว รวมทั้งเรื่องราวที่เกี่ยวกับการประกอบอาชีพของข้าพเจ้ายังคงเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ณ เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. ลงชื่อ
()
พยาน / ตัวแทน / ผู้ให้บริการลงชื่อ
()
ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัยลงชื่อ
()
พยาน

(กรณีที่เป็นใบคำขอเอาประกันภัยเยาวชนให้ผู้ชำระเบี้ยเป็นผู้ลงนาม และถ้าผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ ให้บิดา, มารดา หรือ ผู้ปกครองลงนามเป็นพยานด้วย)