

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ [ ]-[ ]

- ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย [ ]
- ข้าพเจ้าได้รับอุบัติเหตุเมื่อวันที่ [ ] เดือน [ ] พ.ศ. [ ]
- อุบัติเหตุเกิดขึ้นที่ [ ]
- ลักษณะของอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น [ ]
- ส่วนของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บ [ ]
- มีอาการหมดสติหรือสลบหรือไม่  มี โดยข้าพเจ้าหมดสติไปนาน [ ] นาที [ ] ชั่วโมง [ ] วัน  ไม่มี
- แพทย์ที่ทำการรักษาชื่อ [ ] นามสกุล [ ] ระบุเลขที่บัตรประจำตัวผู้ป่วย [ ]  
ชื่อที่อยู่ของโรงพยาบาล/คลินิก [ ]
- ข้าพเจ้าได้รับการรักษาโดย  ทานยา  เข้าเฟือก  ผ่าตัดบริเวณ [ ]
- จำนวนวันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล [ ] วัน [ ] สัปดาห์ [ ] เดือน  
ภายหลังการรักษา ข้าพเจ้าติดตามผลการรักษาอีก [ ] ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ [ ] เดือน [ ] พ.ศ. [ ]
- ข้าพเจ้าเคยได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคดังต่อไปนี้  
 เอ็กซเรย์ที่บริเวณ [ ] ผลการตรวจ  ปกติ  ผิดปกติ  
 ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผลการตรวจ  ปกติ  ผิดปกติ  
 ตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ผลการตรวจ  ปกติ  ผิดปกติ
- เคยมีอาการปวดศีรษะ วิงเวียนเป็นลมหลังจากการรักษาหรือไม่  มี  ไม่มี  
ถ้ามี มีรายละเอียดดังนี้ [ ]
- ความพิการของอวัยวะที่ได้รับเนื่องจากอุบัติเหตุ  มี  ไม่มี  
ถ้ามี เกิดขึ้นที่ส่วนของร่างกาย [ ]
- จากอุบัติเหตุครั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับการตามหลักหรือไม่  ได้รับการตามบริเวณ [ ]  ไม่ได้รับการตาม  
และขณะนี้ข้าพเจ้าได้รับการผ่าตัดถอดเหล็กออกแล้วหรือไม่  ถอดออกแล้ว  ยังไม่ได้ถอด
- ท่านเคยมีโรคประจำตัว เช่น โรคกระเพาะ โรคลมชัก หรือโรคเกี่ยวกับระบบประสาทหรือสมอง หรือเคยใช้สารเสพติดหรือไม่  เคย  ไม่เคย  
ถ้าเคย โปรดแจ้งรายละเอียด และโรงพยาบาลที่ทำการรักษา [ ]

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ตั้งแต่วันที่ยื่นใบคำขอเอาประกันภัยดังกล่าวจนถึงปัจจุบันสุขภาพของข้าพเจ้าไม่มีการเปลี่ยนแปลง และข้าพเจ้าไม่ได้รับการรักษาโรค การปรึกษาหรือการตรวจโรค แต่อย่างใดเลยและขอรับรองต่อไปอีกว่าคำตอบทั้งหมดของข้าพเจ้าที่ได้ไว้ไว้ในคำขอ ดังกล่าว รวมทั้งเรื่องราวที่เกี่ยวกับการประกอบอาชีพของข้าพเจ้ายังคงเป็นความจริงทุกประการ

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

ลงชื่อ ( [ ] )  
พยาน / ตัวแทน / ผู้ให้บริการ

ลงชื่อ ( [ ] )  
ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

ลงชื่อ ( [ ] )  
พยาน

( กรณีที่เป็นใบคำขอเอาประกันภัยเยาวชนให้ผู้ชำระเบี้ยเป็นผู้ลงนาม และถ้าผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ ให้บิดา, มารดา หรือ ผู้ปกครองลงนามเป็นพยานด้วย )