

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ []-[]

- ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย []
- ข้าพเจ้าเริ่มเป็นโรคลมชักครั้งแรกเมื่อวันที่ [] เดือน [] พ.ศ. []
- ลักษณะของอาการชัก
 - หหมดสติไปเลย
 - มีการชักกระตุกเป็นบางส่วนของร่างกาย
 - มีการชักกระตุกทั่วร่างกาย
- สาเหตุของการเกิดโรคลมชัก []
- มีอาการของโรคลมชัก [] ครั้งต่อปี ข้าพเจ้ามีอาการครั้งสุดท้ายเมื่อ [] เดือน [] พ.ศ. []
- ลักษณะของการรักษาที่ได้รับ []
- จำนวนครั้งที่ไปพบแพทย์ประมาณปีละ [] ครั้ง
แพทย์ที่ไปพบชื่อ [] นามสกุล []
ชื่อโรงพยาบาล/คลินิก [] โทรศัพท์ []
- จำนวนครั้งที่เคยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล [] ครั้ง
- เคยได้รับการตรวจคลื่นสมองหรือไม่ เคย ไม่เคย
ถ้าเคยเมื่อวันที่ [] และผลเป็นอย่างไร ปกติ ผิดปกติ
ข้าพเจ้าได้รับการรักษาโดยแพทย์ชื่อ [] นามสกุล []
ที่อยู่โรงพยาบาล/คลินิก []
ระบุเลขที่บัตรประจำตัวผู้ป่วย []
เคยได้รับการตรวจคอมพิวเตอร์สมองหรือไม่ เคย ไม่เคย วันเดือนปีที่ได้รับการตรวจ []
ผลการตรวจ ปกติ ผิดปกติ
- ข้าพเจ้าไปพบแพทย์ครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ [] เดือน [] พ.ศ. []
- คำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับการควบคุมอาการ []
ปัจจุบันข้าพเจ้ายังคงรับประทานยาต่อเนื่อง ใช่ ไม่ใช่

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)