

ชื่อและนามสกุลของผู้เอาประกันภัย

ถือเป็นส่วนหนึ่งของใบคำขอเอาประกันภัยเลขที่

<p>1. ข้าพเจ้ามีอาการปวดศีรษะดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> ปวดศีรษะที่ขมับทั้ง 2 ข้าง <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะข้างเดียว <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะและร้าวไปที่ท้ายทอย</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ)</p> <p>2. ช่วงเวลาที่ข้าพเจ้ามีอาการเกิดขึ้น</p> <p><input type="checkbox"/> หลังตื่นนอนตอนเช้า</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ)</p> <p>3. ข้าพเจ้ามีอาการเกิดขึ้น ครั้ง/เดือน/ปี</p> <p>ข้าพเจ้ามีอาการครั้งหลังสุดเมื่อ</p> <p>4. ข้าพเจ้าได้รับการรักษาที่รพ./คลินิก เลขที่บัตรประจำตัวผู้ป่วย</p> <p>วันเดือนปีที่ทำการรักษาตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่</p> <p>5. แพทย์ให้การวินิจฉัยอย่างไร</p> <p>แพทย์ได้ชี้แจงสาเหตุที่เกิดขึ้นว่าเนื่องจาก</p> <p>การรักษาและคำแนะนำที่ได้รับ</p> <p>6. ข้าพเจ้าได้รับการตรวจวัดความดันโลหิต <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ ผลเป็นอย่างไร</p> <p>7. ข้าพเจ้าได้รับการตรวจวินิจฉัยดังต่อไปนี้</p> <p><input type="checkbox"/> ตรวจเลือด ระบุชนิด และผลการตรวจ วันเดือนปีที่ตรวจ</p> <p><input type="checkbox"/> ตรวจคอมพิวเตอร์สมอง ผลการตรวจ วันเดือนปีที่ตรวจ</p> <p>8. ปัจจุบันข้าพเจ้าติดตามการรักษาต่อเนื่อง <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่</p>	
--	--

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ตั้งแต่วันยื่นใบคำขอเอาประกันภัยดังกล่าวจนถึงปัจจุบันสุขภาพของข้าพเจ้าไม่มีการเปลี่ยนแปลง และข้าพเจ้าไม่ได้รับการรักษาโรค การปรึกษาหรือการตรวจโรคแต่อย่างใดเลยและขอรับรองต่อไปอีกว่าคำตอบทั้งหมดของข้าพเจ้าที่ได้ให้ไว้ในใบคำขอดังกล่าว รวมทั้งเรื่องราวที่เกี่ยวกับการประกอบอาชีพของข้าพเจ้ายังคงเป็นความจริงตามเดิมทุกประการ

ลงชื่อ ณ เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

(.....)
 พยาน/ตัวแทน

(.....)
 ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

(.....)
 พยาน

(กรณีที่เป็นใบคำขอเอาประกันภัยเยาวชนให้ผู้ชำระเบี้ยเป็นผู้ลงนาม และถ้าผู้ขอเอาประกันภัยไม่บรรลุนิติภาวะ ให้บิดา, มารดา หรือผู้ปกครองลงนามเป็นพยานด้วย)