

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ [] - []

- ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย []
- ข้าพเจ้าได้รับการผ่าตัดที่บริเวณ (ส่วนใดของร่างกาย) []
เนื่องจากสาเหตุ [] เมื่อวันที่ [] เดือน [] พ.ศ. []
แพทย์ได้วินิจฉัยว่าเป็นโรค []
แพทย์ผู้ทำการรักษาชื่อ [] นามสกุล []
ชื่อที่อยู่โรงพยาบาล/คลินิก []
ระบุเลขที่บัตรประจำตัวผู้ป่วย []
กรณี มีการส่งผลการตรวจชิ้นเนื้อบริเวณที่ทำการผ่าตัด กรุณาระบุผล ปกติ ผิดปกติ
- ภายหลังการผ่าตัดแล้ว ข้าพเจ้าได้รับการรักษาต่อโดย
 ให้ยาเคมีบำบัด เป็นเวลานาน [] เดือน/วัน
 ฉายรังสีต่อ เป็นเวลานาน [] เดือน/วัน
 ไม่ได้ได้รับการรักษาใดๆ
- หลังจากได้รับการผ่าตัด และให้การรักษาตามข้อ 2 แล้ว ข้าพเจ้า
 หายเป็นปกติ
 มีอาการกลับเป็นซ้ำของโรคอีกเมื่อวันที่ [] เดือน [] พ.ศ. []
- ในกรณีที่มีอาการกลับเป็นซ้ำของโรคอีกได้รับการรักษาต่อที่ร.พ./คลินิก []
- ครั้งล่าสุดที่ข้าพเจ้าไปพบแพทย์ คือ วันที่ [] เดือน [] พ.ศ. []
สาเหตุที่ไปพบแพทย์คือ []
- ขณะนี้แพทย์ยังนัดติดตามผลการรักษาอยู่หรือไม่ หากยังนัดติดตามผลอยู่โปรดระบุ []
[]

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ตั้งแต่วันที่ยื่นใบคำขอเอาประกันภัยดังกล่าวจนถึงปัจจุบันสุขภาพของข้าพเจ้าไม่มีการเปลี่ยนแปลง และข้าพเจ้าไม่ได้รับการรักษาโรค การปรึกษาหรือการตรวจโรค แต่อย่างใดเลยและขอรับรองต่อไปอีกว่าคำตอบทั้งหมดของข้าพเจ้าที่ได้ให้ไว้ในใบคำขอ ดังกล่าว รวมทั้งเรื่องราวที่เกี่ยวกับการประกอบอาชีพของข้าพเจ้ายังคงเป็นความจริงทุกประการ

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

ลงชื่อ ([])
พยาน / ตัวแทน / ผู้ให้บริการลงชื่อ ([])
ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัยลงชื่อ ([])
พยาน

(กรณีที่เป็นใบคำขอเอาประกันภัยเยาวชนให้ผู้ชำระเบี้ยเป็นผู้ลงนาม และถ้าผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ ให้บิดา, มารดา หรือ ผู้ปกครองลงนามเป็นพยานด้วย)