

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ [] - []

- ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย []
- ข้าพเจ้าขอให้รายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับการตรวจเลือดดังนี้
- ข้าพเจ้าได้รับการตรวจเลือดเมื่อวันที่ [] เดือน [] พ.ศ. []
- สาเหตุ/อาการที่ทำให้ข้าพเจ้าไปทำการตรวจเลือด []
- แพทย์ผู้แนะนำให้ข้าพเจ้าไปทำการตรวจเลือด คือ []
- ข้าพเจ้าไปทำการตรวจเลือดกับแพทย์ชื่อ [] นามสกุล []
ชื่อและที่อยู่โรงพยาบาล/คลินิก []
ระบุเลขที่บัตรประจำตัวผู้ป่วย []
- ข้าพเจ้าได้ทำการตรวจเลือดตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

<input type="checkbox"/> ตรวจเพื่อดูการทำงานของไต	ผลการตรวจ	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	[]
<input type="checkbox"/> ตรวจเพื่อดูการทำงานของตับ	ผลการตรวจ	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	[]
<input type="checkbox"/> ตรวจหาไวรัสตับอักเสบนชนิดเอ/บี/ซี	ผลการตรวจ	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	[]
<input type="checkbox"/> ตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด	ผลการตรวจ	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	[]
<input type="checkbox"/> ตรวจหาเชื้อไวรัสโรคเอดส์	ผลการตรวจ	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	[]
<input type="checkbox"/> ตรวจอื่นๆ คือ []	ผลการตรวจ	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	[]
- แพทย์ได้ให้การรักษาคำแนะนำ คือ []
หากมีการรักษา เริ่มรักษาเมื่อวันที่ [] เดือน [] พ.ศ. [] วิธีการรักษา []
- ข้าพเจ้าไปพบแพทย์ครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ [] เดือน [] พ.ศ. []
- ปัจจุบันข้าพเจ้ามีอาการคือ []

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)