

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ [ ] - [ ]

- ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย [ ]
- ตามที่ข้าพเจ้าแจ้งว่ามีอาการปวดหลังนั้น  
ข้าพเจ้ามีอาการปวดหลังบริเวณ [ ] ราวไปที่แขนขาหรือไม่,อย่างไร [ ]
- ข้าพเจ้าเริ่มมีอาการดังกล่าวครั้งแรกเมื่อ [ ] เดือน [ ] พ.ศ. [ ]  
ข้าพเจ้ามีอาการเกิดขึ้น [ ] ครั้ง ต่อเดือน/ปี  
ข้าพเจ้ามีอาการครั้งสุดท้ายเมื่อ [ ] เดือน [ ] พ.ศ. [ ]
- ข้าพเจ้าได้รับการรักษาโดยนพ./ พญ. [ ] นามสกุล [ ]  
เลขที่บัตรประจำตัวผู้ป่วย [ ]  
ชื่อและที่อยู่ของโรงพยาบาล/คลินิก [ ]  
[ ]
- แพทย์ให้การวินิจฉัยอย่างไร [ ]  
[ ]
- แพทย์ได้ชี้แจงสาเหตุดังกล่าวเกิดจากอะไร [ ]  
[ ]
- แพทย์ให้การรักษาโดย  รับประทานยา  กายภาพบำบัด  
 ผ่าตัด กรุณาระบุวันเดือนปีที่ทำการผ่าตัด ให้คำแนะนำดังนี้ [ ]
- ข้าพเจ้าได้รับการตรวจ X-Rays / ตรวจเพื่อการวินิจฉัยอื่นๆ เพิ่มเติม [ ]  
 เอ็กซเรย์กระดูกสันหลังบริเวณ [ ]  
ผลการตรวจ  ปกติ  ผิดปกติ ได้รับการตรวจเมื่อวันที่ [ ] เดือน [ ] พ.ศ. [ ]  
 ตรวจคอมพิวเตอร์ (MRI) ผลการตรวจ  ปกติ  ผิดปกติ ได้รับการตรวจเมื่อวันที่ [ ] เดือน [ ] พ.ศ. [ ]  
 การตรวจอื่นๆ โปรดระบุ [ ]
- ปัจจุบันข้าพเจ้าได้รับการรักษาต่อเนื่อง  ใช่  ไม่ใช่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ตั้งแต่วันที่ยื่นใบคำขอเอาประกันภัยดังกล่าวจนถึงปัจจุบันสุขภาพของข้าพเจ้าไม่มีการเปลี่ยนแปลง และข้าพเจ้าไม่ได้รับการรักษาโรค การปรึกษาหรือการตรวจโรค แต่อย่างใดเลยและขอรับรองต่อไปอีกว่าคำตอบทั้งหมดของข้าพเจ้าที่ได้ให้ไว้ในใบคำขอฯ ดังกล่าว รวมทั้งเรื่องราวที่เกี่ยวกับการประกอบอาชีพของข้าพเจ้ายังคงเป็นความจริงทุกประการ

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

ลงชื่อ [ ]  
( [ ] )  
พยาน / ตัวแทน / ผู้ให้บริการ

ลงชื่อ [ ]  
( [ ] )  
ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

ลงชื่อ [ ]  
( [ ] )  
พยาน

( กรณีที่เป็นใบคำขอเอาประกันภัยเยาวชนให้ผู้ชำระเบี้ยเป็นผู้ลงนาม และถ้าผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ ให้บิดา, มารดา หรือ ผู้ปกครองลงนามเป็นพยานด้วย )