

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ []-[]

1. ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย []
2. ข้าพเจ้าได้รับการตรวจเช็กร่างกายก่อนทำประกันชีวิตครั้งหลังสุดเมื่อวันที่ [] เดือน [] พ.ศ. []
3. แพทย์ผู้ตรวจชื่อ [] นามสกุล []
ชื่อและที่อยู่ของโรงพยาบาล/คลินิก []
4. เหตุผลของการตรวจร่างกาย
 เป็นการตรวจร่างกายประจำปี ตรวจสอบข้อกำหนด [] ผลปกติ ผลผิดปกติ
 เป็นการตรวจเพื่อหาสาเหตุของการผิดปกติของ [] โดยมีอาการผิดปกติก่อนที่จะไปตรวจสุขภาพ คือ []
5. รายละเอียดของการตรวจสุขภาพมีดังต่อไปนี้
- | | | | |
|--|--|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ตรวจร่างกายทั่วไป | ผลการตรวจ | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ |
| <input type="checkbox"/> เอ็กซเรย์ปอด | ผลการตรวจ | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ |
| <input type="checkbox"/> ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ | ผลการตรวจ | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ |
| <input type="checkbox"/> ตรวจปัสสาวะสมบูรณ์แบบ | ผลการตรวจ | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ |
| <input type="checkbox"/> ตรวจเลือดเกี่ยวกับ | <input type="checkbox"/> ระดับน้ำตาล | ผลการตรวจ | <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ |
| | <input type="checkbox"/> การทำงานของตับ | ผลการตรวจ | <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ |
| | <input type="checkbox"/> การทำงานของไต | ผลการตรวจ | <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ |
| | <input type="checkbox"/> ไวรัสเอดส์ | ผลการตรวจ | <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ |
| | <input type="checkbox"/> การตรวจอื่นๆ โปรดระบุ | [] | |
6. แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าข้าพเจ้าป่วยเป็น []
7. ข้าพเจ้ายังคงต้องไปพบแพทย์เพื่อติดตามอาการหรือทำการรักษาอยู่หรือไม่ ต้องไปรักษา ไม่ต้องไปรักษา
8. แพทย์ได้ให้การรักษาหรือคำแนะนำในการปฏิบัติตัวดังนี้คือ []

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)