



**คำแถลงของผู้ขอเอาประกันภัย เกี่ยวกับสุขภาพ**

เลขที่การพิจารณา.....

วันที่.....

ตามที่ข้าพเจ้า.....ได้ให้ถ้อยแถลงไว้ในเอกสารการขอเอาประกันชีวิต

กับบริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด(มหาชน) เกี่ยวกับสุขภาพ/โรค.....นั้น ข้าพเจ้าขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

1. เริ่มเป็นโรคนี้นี้ตั้งแต่.....

2. อาการของโรค.....

3. สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.....

4. การตรวจพิเศษที่ได้รับ

ปัสสาวะ  เลือด  เอ็กซเรย์ส่วนอก  ตรวจคลื่นหัวใจ

อื่นๆ ระบุ.....

5. แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรค.....

6. วิธีการรักษา.....

7. ปัจจุบันยังคงต้องรักษาหรือไปรับการตรวจเป็นระยะๆอยู่หรือไม่

ไม่  ใช่ ครั้งล่าสุดเมื่อใด.....

อื่นๆ ระบุ.....

8. อาการปัจจุบัน

หายเป็นปกติแล้ว  ยังมีอาการอยู่ (โปรดระบุ).....

9. ผลตรวจชิ้นเนื้อ (ถ้ามี)

ชนิดธรรมดา  ชนิดร้ายแรง

อื่นๆ ระบุ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยแถลงดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย  
ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย  
หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้

ลงชื่อ.....ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน\*

(.....)

ลงชื่อ.....บิดา/มารดา/ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมาย\*\*

(.....)

\* กรณีพิมพ์ลายนิ้วมือแทนการลงลายมือชื่อจะต้องมีพยานลงนามให้ครบถ้วนทั้ง 2 ท่าน

\*\* กรณียังไม่บรรลุนิติภาวะจะต้องมีบิดา/มารดา/ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายลงนามทุกครั้ง

