

ส่วนที่ 3 รับรองสุขภาพแบบเต็ม (Long Form)

กรมธรรม์ผู้เยาว์ที่มีความคุ้มครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัยแนบอยู่ โปรดตอบคำถามในช่องผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วย

ผู้เอาประกันภัย	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
ชื่อ-นามสกุล.....อายุ.....ปี สถานภาพครอบครัว <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> หย่า <input type="checkbox"/> หม้าย	ชื่อ-นามสกุล.....อายุ.....ปี สถานภาพครอบครัว <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> หย่า <input type="checkbox"/> หม้าย
1. ก. อาชีพประจำ.....ตำแหน่ง..... ข. ชื่อ, ที่อยู่ ของนายจ้าง..... ลักษณะธุรกิจ..... ค. รายได้ต่อปี ประมาณ.....บาท	1. ก. อาชีพประจำ.....ตำแหน่ง..... ข. ชื่อ, ที่อยู่ ของนายจ้าง..... ลักษณะธุรกิจ..... ค. รายได้ต่อปี ประมาณ.....บาท
2. ก. ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ประจำตัวท่าน หรือโรงพยาบาลที่ใช้บริการประจำ ข. วันที่ที่ท่านได้พบและปรึกษาแพทย์ครั้งสุดท้าย..... สาเหตุที่พบและผล..... ค. ปัจจุบันท่านมีส่วนสูง.....ซ.ม. น้ำหนัก.....ก.ก. ง. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักของท่านเปลี่ยนแปลงมากกว่า 3 ก.ก. หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ เนื่องจาก.....	2. ก. ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ประจำตัวท่าน หรือโรงพยาบาลที่ใช้บริการประจำ ข. วันที่ที่ท่านได้พบและปรึกษาแพทย์ครั้งสุดท้าย..... สาเหตุที่พบและผล..... ค. ปัจจุบันท่านมีส่วนสูง.....ซ.ม. น้ำหนัก.....ก.ก. ง. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักของท่านเปลี่ยนแปลงมากกว่า 3 ก.ก. หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ เนื่องจาก.....
3. ก. บิดา มารดา คู่สมรส หรือ พี่น้องของท่านเคยเป็นเบาหวาน มะเร็ง โรคไต วัณโรค ความดันโลหิตสูง โรคโลหิตจาง ไชมันในเลือดสูง อัมพาต โรคหัวใจ โรคจิต โรคเอดส์หรือเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์ บ้างหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี โปรดระบุรายละเอียดด้านล่าง ความสับสนันท์ โรคที่เป็น อายุเมื่อเริ่มต้นเป็น อายุปัจจุบัน(ปี)(ปี)(ปี)(ปี)(ปี)(ปี)	3. ก. บิดา มารดา คู่สมรส หรือ พี่น้องของท่านเคยเป็นเบาหวาน มะเร็ง โรคไต วัณโรค ความดันโลหิตสูง โรคโลหิตจาง ไชมันในเลือดสูง อัมพาต โรคหัวใจ โรคจิต โรคเอดส์หรือเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์ บ้างหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี โปรดระบุรายละเอียดด้านล่าง ความสับสนันท์ โรคที่เป็น อายุเมื่อเริ่มต้นเป็น อายุปัจจุบัน(ปี)(ปี)(ปี)(ปี)(ปี)(ปี)
4. ก. ท่านสูบบุหรี่ หรือกลั้วง หรือซิการ์หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่สูบ <input type="checkbox"/> สูบ วันละ.....มวน ถ้าสูบ โปรดระบุชนิดที่สูบ.....สูบเป็นเวลานาน.....ปี ถ้าเลิกสูบ เลิกสูบเมื่อไร..... สาเหตุของการเลิกสูบ..... ข. ท่านดื่มสุรา หรือสิ่งมีเมาเป็นประจำ หรือเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับ โรคพิษสุราเรื้อรังหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้าดื่ม ชนิดของเครื่องดื่ม.....ปริมาณ.....ต่อครั้ง ในอดีตเคยดื่มมากกว่าปัจจุบันหรือไม่ <input type="checkbox"/> มากกว่า <input type="checkbox"/> เท่าเดิม <input type="checkbox"/> น้อยกว่า ปัจจุบันหยุดดื่มแล้วมานาน.....ปี สาเหตุของการหยุด..... ค. ท่านเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติดใด ๆ หรือยาประเภทมีเมาเป็น หรือเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับยาเสพติดบ้างหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้าเคย โปรดระบุชนิดและจำนวน.....	4. ก. ท่านสูบบุหรี่ หรือกลั้วง หรือซิการ์หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่สูบ <input type="checkbox"/> สูบ วันละ.....มวน ถ้าสูบ โปรดระบุชนิดที่สูบ.....สูบเป็นเวลานาน.....ปี ถ้าเลิกสูบ เลิกสูบเมื่อไร..... สาเหตุของการเลิกสูบ..... ข. ท่านดื่มสุรา หรือสิ่งมีเมาเป็นประจำ หรือเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับ โรคพิษสุราเรื้อรังหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้าดื่ม ชนิดของเครื่องดื่ม.....ปริมาณ.....ต่อครั้ง ในอดีตเคยดื่มมากกว่าปัจจุบันหรือไม่ <input type="checkbox"/> มากกว่า <input type="checkbox"/> เท่าเดิม <input type="checkbox"/> น้อยกว่า ปัจจุบันหยุดดื่มแล้วมานาน.....ปี สาเหตุของการหยุด..... ค. ท่านเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติดใด ๆ หรือยาประเภทมีเมาเป็น หรือเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับยาเสพติดบ้างหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้าเคย โปรดระบุชนิดและจำนวน.....

