



63/2 อาคาร บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ชั้น 1,3,4,5 และ 6 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 โทร. 0-2118-5555 โทรสาร. 0-2118-5601 www.dhipayalife.co.th

คำเตือนสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจจะเป็นเหตุให้ บริษัท ผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายค่าสินไหมทดแทน ตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

ส่วนที่ 1 ถ้อยแถลงของผู้ขอเอาประกันภัยให้แก่แพทย์ผู้ตรวจ

1. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย.....อายุ.....ปี
 บัตรประชาชนเลขที่.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท

2.ก) ท่านได้พบแพทย์และปรึกษาแพทย์ครั้งสุดท้ายเมื่อใด.....โรงพยาบาล / คลินิก.....อาการที่เป็นและผลวินิจฉัย.....
 ข) ท่านมีแพทย์ประจำหรือโรงพยาบาลหรือคลินิกที่ใช้บริการเป็นประจำหรือไม่ ไม่มี มีระบุชื่อแพทย์.....สถานพยาบาล.....เลขที่บัตรคนไข้.....

3) ท่านมีส่วนสูง.....ซม. น้ำหนัก.....กก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ไม่เปลี่ยน เปลี่ยน
 ถ้าเปลี่ยน เพิ่มขึ้น.....กก. ลดลง.....กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง.....

4) ท่านเคยเป็นหรือทราบว่าท่านเป็นหรือเคยได้รับคำแนะนำ การตรวจและ/หรือการรักษาโรคหรือความผิดปกติต่อไปนี้หรือไม่		ถ้าเคยหรือมี โปรดแจ้งชื่อโรค อาการ วันที่ที่เป็น สถานที่รักษาและอาการปัจจุบัน
ก. เกี่ยวกับตา หู จมูก คอ	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	
ข. วิงเวียนศีรษะบ่อยๆเป็นลม โรคลมบ้าหมู(ลมชัก) อัมพาต แขนขาอ่อนแรง โรคจิต โรคทางสมอง หรือระบบประสาทอย่างใดอย่างหนึ่ง	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	
ค. ไอบหรือบวมเป็นเลือด วันโรค โรคหืด หอบ โรคปอดอักเสบ โรคเกี่ยวกับปอดหรือระบบทางเดินหายใจ	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	
ง. อาการเจ็บหน้าอก ความดันโลหิตสูง พรายขี้ หัวใจโต ลิ้นหัวใจรั่ว โรคเลือด เส้นเลือด โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	
จ. อาการอาหารไม่ย่อยบ่อยๆ(ท้องอืด) แผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้ ไล่เลื่อน ริดสีดวงทวาร หรือโรคใดๆเกี่ยวกับตับ ถุงน้ำดี กระเพาะอาหาร ลำไส้ ท้องมาน(มีน้ำในช่องท้อง) โรคนิ่วช่องท้อง	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	
ฉ. โรคไต นิ้ว กามโรคหรือโรคใดเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ หรือระบบขับถ่ายปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	
ช. โรคเบาหวาน คอพอก หรือโรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ (Endocrine)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	
ซ. โรคมะเร็ง เนื้องอก ตุ่มเนื้อหรืออวัยวะใดๆ ที่งอกขึ้นหรือโตขึ้นผิดปกติ	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	
ฌ. ใช้เรื้อรัง ไข้รูมาติก ข้ออักเสบ เก๊าท์ (Gout) โรคใดๆ เกี่ยวกับกระดูกสันหลัง กระดูกข้อต่อ หรือกล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	
ญ. ความบกพร่อง หรือพิการทางร่างกาย หรือจิตใจ	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	
5) ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ		
ก. การตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัย เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หรือการตรวจเลือด หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	
ข. การบาดเจ็บ การเจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาสถานพยาบาลที่มีได้ระบุไว้ข้างต้น (เลขบัตรผู้ป่วย.....)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	
6) ในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยมีอาการหรือได้รับคำแนะนำ ในการรักษาอาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลด ไข้เรื้อรัง ต่อมาน้ำเหลืองโต โรคผิวหนังเรื้อรัง หรืออาการผื่นคัน ซึ่งเป็นที่ติดต่อกันเกินกว่า 1 สัปดาห์หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	

7) เฉพาะสตรี ท่านกำลังตั้งครรภ์หรือไม่ ไม่ ตั้งครรภ์.....เดือน น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์.....กก. วันกำหนดคลอด.....
 ก. ท่านเคยมีโรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์และคลอดบุตร คลอดบุตรยาก แท้งบุตร หรือไม่ ไม่เคย เคย โปรดแจ้งรายละเอียด.....
 ข. ท่านเคยมีอาการผิดปกติ หรือเคยได้รับการตรวจ หรือได้รับคำแนะนำให้ทำการตรวจเต้านม ช่องคลอด มดลูก รังไข่ ท่อนำไข่ หรือมีความผิดปกติเกี่ยวกับประจำเดือนหรือไม่ ไม่เคย เคย โปรดแจ้งรายละเอียด.....ท่านมีประจำเดือนครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่.....

8) บิดา มารดา คู่สมรส หรือพี่น้องของท่าน เคยเป็น หรือเป็น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคจิต โรคเลือด ไช้มัน ในเลือดสูง อัมพาต โรคตับอักเสบ หรือเป็น นพาหะของโรคตับอักเสบ มะเร็ง โรคไต วันโรค กามโรค โรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อเชื้อไวรัสโรคเอดส์ หรือไม่ ไม่มี มี ถ้ามี โปรดแจ้งรายละเอียด
 ความสัมพันธ์.....โรคที่เป็น.....อายุเมื่อเริ่มเป็น.....อายุปัจจุบัน.....
 ความสัมพันธ์.....โรคที่เป็น.....อายุเมื่อเริ่มเป็น.....อายุปัจจุบัน.....

9) ประวัติครอบครัว	กรณีมีชีวิตอยู่		กรณีเสียชีวิตแล้ว	
	อายุปัจจุบัน	สุขภาพ	สาเหตุการเสียชีวิต	อายุขณะที่เสียชีวิต

ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่าข้อความทั้งหมดสมบูรณ์ และเป็นความจริง และขอยอมรับว่าคำตอบเหล่านี้ เป็นข้อความที่ต่อเนื่องกันและเป็น ส่วนหนึ่งของใบคำขอเอาประกันภัยของข้าพเจ้าและจะเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยที่บริษัท อาจออกกรมธรรม์ประกันภัยฉบับใดๆให้โดยอาศัยคำตอบเหล่านี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ บริษัทประกันภัยหรือบุคคลใด ซึ่งมีบันทึกเรื่องราวของข้าพเจ้าหรือประวัติการเจ็บป่วยของข้าพเจ้าที่หา มาหาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัทฯ ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือองค์กรหรือบุคคลอื่นหรือหน่วยงานของรัฐเพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้ ข้าพเจ้าให้ความยินยอมนี้แก่บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ให้ดำเนินการตรวจเลือด / ปัสสาวะรวมถึงตรวจหาเชื้อเอชไอวีและการตรวจเพิ่มเติมอื่นๆเพื่อนำมาใช้ประกอบการพิจารณารับประกัน สถานที่ตรวจ.....วัน/เดือน/ปี..... ลงชื่อผู้ขอเอาประกัน.....

Hospital / Clinic Stamp here ลงชื่อแพทย์ผู้ตรวจ.....ลงชื่อผู้ปกครองโดยชอบธรรม (กรณีผู้ขอเอาประกันยังไม่บรรลุนิติภาวะ).....

Height (cm.) without shoes	Weight (kg.) without coat	Chest (cm.) force expiration	Chest (cm.) force inspiration	Abdominal (cm.) at umbilicus	Details of 'YES' answer (Identify item)
1. a. Are you personally or professionally acquainted with the applicant? If so, how long?				<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
b. Is appearance unhealthy or older than stated age?				<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
c. Is there any reason to suspect intemperate habits?				<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
d. Are there any identification marks (such as scars, birthmarks etc.)?				<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
2. Do you find any evidence of past or present disease or abnormality of:-					
a. Respiratory system (lungs, pleura, chest wall) ?				<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
b. Central or peripheral nervous system (including reflexes, gait, paralysis)?				<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
c. Breasts of genito-urinary system?				<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
d. Abdomen (including stomach, liver, spleen, hernias)?				<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
e. Skin, bones or joints (including varicose vein, deformities, lameness, amputations)?				<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
f. Eyes, ears, nose, throat and mouth (including impairment of sight or hearing)?				<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
g. Thyroid or other endocrine glands or metabolic and haemopoietic systems?				<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
3. BLOOD PRESSURE (if over 140 systolic or 90 diastolic record 3 reading)					
Systolic					
Diastolic (5 th phase)					
4. PULSE					
	At Rest	After Exercise	3 Minutes Later		
Rate per minute					
Irregularities per minute					
Exercise only if irregular pulse, heart murmur of BP over 150/100					
5. Heart: Apex beat located at Intercostals space.....Inches to the left of MIDCLAVICULAR line. Is there any					
(a) Arteriosclerosis or aneurysm?				<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
(b) Hypertrophy or oedema ?				<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
(c) Murmur-(if murmur is present, describe below)?				<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
Location :	<input type="checkbox"/> apex	<input type="checkbox"/> base-over.....area			
Timing:	<input type="checkbox"/> systolic	<input type="checkbox"/> diastolic	<input type="checkbox"/> pre-systolic		
Intensity:	<input type="checkbox"/> soft	<input type="checkbox"/> moderate	<input type="checkbox"/> loud		
Transmission:	<input type="checkbox"/> none	<input type="checkbox"/> axilla	<input type="checkbox"/> scapula		
After Exercise :	<input type="checkbox"/> absent	<input type="checkbox"/> decreased	<input type="checkbox"/> unchanged	<input type="checkbox"/> increased	
Diagnosis.....					
Do you suspect any abnormality in the heart or vascular system?				<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
6. Last Menstruation period.....					
Urinalysis: Specific gravity.....Protein..... Sugar.....Occult Blood.....Other.....					
7. a. Are you aware of unfavorable features likely to affect his/her longevity					
1. in the personal or family history?				<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
2. disclosed by your medical examination ?				<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
b. Do you recommend any additional tests or reports?				<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
Comment by Doctor:					

I hereby certify that I have made this examination in private atDate.....Time.....am./pm.

Please Check Your Report For Any Omission

Signature.....M.D. Medical License No.....

(.....) **Hospital / Clinic Stamp here**