



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](http://www.dhipayalife.co.th)

คำเตือนสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอ  
 เอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิด  
 ข้อเท็จจริงใด ๆ อาจจะเป็นเหตุให้ บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายค่าสินไหม  
 ทดแทน ตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

หนึ่งในพันธมิตรของธนาคารออมสิน

**แบบฟอร์มการตรวจสอบสุขภาพ**

<b>ส่วนที่ 1</b> ตี้อย่างละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัยที่ให้แก่แพทย์ผู้ตรวจ		
1. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย.....อายุ.....ปี บัตรประชาชนเลขที่.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท		
2.ก) ท่านได้พบแพทย์และปรึกษาแพทย์ครั้งสุดท้ายเมื่อใด.....โรงพยาบาล / คลินิก.....อาการที่เป็นและผลวินิจฉัย..... ข) ท่านมีแพทย์ประจำหรือโรงพยาบาลหรือคลินิกที่ใช้บริการเป็นประจำหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุชื่อแพทย์..... สถานพยาบาล.....เลขที่บัตรคนไข้.....		
3) ท่านมีส่วนสูง.....ซม. น้ำหนัก.....กก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เปลี่ยน <input type="checkbox"/> เปลี่ยน ถ้าเปลี่ยนเพิ่มขึ้น.....กก. ลดลง.....กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง.....		
4) ท่านเคยเป็นหรือทราบว่าท่านเป็นหรือเคยได้รับคำแนะนำ การตรวจและ/หรือการรักษาโรคหรือ ความผิดปกติต่อไปนี้หรือไม่		<b>ถ้าเคยหรือมี โปรดแจ้งชื่อโรค อาการ วันที่        ที่เป็น สถานที่รักษาและอาการปัจจุบัน</b>
ก. เกี่ยวกับตา หู จมูก คอ	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	
ข. วิงเวียนศีรษะบ่อยๆเป็นลม โรคลมบ้าหมู(ลมชัก) อัมพาต แขนขาอ่อนแรง โรคจิต โรคทางสมอง หรือ ระบบประสาทอย่างใดอย่างหนึ่ง	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	
ค. ไอหรือเป็นเลือด วัณโรค โรคหืด หอบ โรคปอดอักเสบ โรคเกี่ยวกับปอดหรือระบบทางเดินหายใจ	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	
ง. อาการเจ็บหน้าอก ความดันโลหิตสูง พราย้ำ หัวใจโต ลิ้นหัวใจรั่ว โรคเลือด เส้นเลือด โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	
จ. อาการอาหารไม่ย่อยบ่อยๆ(ท้องอืด) แผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้ ไส้เลื่อน ริดสีดวงทวาร หรือโรค ไคๆ เกี่ยวกับตับ ถุงน้ำดี กระเพาะอาหาร ลำไส้ ท้องมาน(มีน้ำในช่องท้อง) โรคในช่องท้อง	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	
ฉ. โรคไต นิ่ว 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 คั่งเนื้อหรืออวัยวะใดๆ ที่งอกขึ้นหรือโตขึ้นผิดปกติ	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	
ฌ. ไข้เรื้อรัง ไข้รูมาติก ข้ออักเสบ เก๊าท์ (Gout) โรคไตๆ เกี่ยวกับกระดูกสันหลัง กระดูกข้อต่อ หรือ กล้ามเนื้อ	<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 การตรวจคลื่นไฟฟ้า หัวใจหรือการตรวจเลือด หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	
ข. การบาดเจ็บ การเจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษา สถานพยาบาลที่มี ใ้ระบุไว้ข้างต้น (เลขบัตรผู้ป่วย.....)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	
6) ในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยมีอาการหรือได้รับคำแนะนำ ในการรักษาอาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลด ไข้เรื้อรัง ต่อมเหงื่อหรือโรคผิวหนังเรื้อรัง หรืออาการผื่นคัน ซึ่งเป็นที่ติดต่อกัน เกินกว่า 1 สัปดาห์หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	
7) เฉพาะสตรี ท่านกำลังตั้งครรภ์หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์.....เดือน น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์.....กก. วันกำหนดคลอด..... ก. ท่านเคยมีโรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์และคลอดบุตร คลอดบุตรยาก แท้งบุตร หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดแจ้งรายละเอียด..... ข. ท่านเคยมีอาการผิดปกติ หรือเคยได้รับการตรวจ หรือได้รับคำแนะนำให้ทำการตรวจเต้านม ช่องคลอด มดลูก รังไข่ ท่อนำไข่ หรือมีความผิดปกติเกี่ยวกับประจำเดือน หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดแจ้งรายละเอียด.....ท่านมีประจำเดือนครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่.....		

ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่าความทั้งหมดสมบูรณ์ และเป็นความจริง และขออ้อมรับว่าคำตอบเหล่านี้ เป็นข้อความที่ต่อเนื่องกันและเป็นส่วนหนึ่งของใบคำขอเอาประกันภัยของข้าพเจ้าและจะเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยที่บริษัท  
 อาจออกกรมธรรม์ประกันภัยฉบับใดๆให้โดยอาศัยคำตอบเหล่านี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ บริษัทประกันภัยอื่นๆหรือบุคคลใด ซึ่งมีบันทึกเรื่องราวของข้าพเจ้าหรือประวัติการเจ็บป่วยของข้าพเจ้าที่ผ่านมารวมถึงมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผย  
 ข้อเท็จจริงให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัทฯ ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือองค์กรหรือบุคคลอื่นหรือหน่วยงานของรัฐเพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์  
 หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้ ข้าพเจ้าให้ความยินยอมนี้แก่ บริษัท 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 or 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 haematopoietic 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 <sup>th</sup> 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 ..... Intercostal 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 edema?				<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 at .....Date.....Time.....am./pm.

**Please Check Your Report For Any Omission**

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

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