



คำร้องขอต่อสัญญาตะกาฟูล

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย สมาชิกตะกาฟูลจงตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับหลักประกันตะกาฟูลปฏิเสธไม่จ่ายเงินหลักประกันตามสัญญาตะกาฟูล ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 365

ชื่อตัวแทนผู้ให้บริการ

วันที่

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว) ในฐานะสมาชิกตะกาฟูล / ผู้ชำระเงินสมทบตะกาฟูล / ผู้แทนโดยชอบธรรม
ของสัญญาตะกาฟูลเลขที่ (กรณีสมาชิกตะกาฟูลเป็นผู้เยาว์ โปรดระบุชื่อผู้เยาว์.....)

มีความประสงค์ขอต่อสัญญาตะกาฟูล โดยให้คำรับรองว่า ในช่วงระหว่างเวลาที่ขาดการชำระเงินสมทบตะกาฟูล จนถึงวันที่ขอต่ออายุสัญญา

คำรับรองของสมาชิกตะกาฟูล	คำรับรองของผู้ชำระเงินสมทบตะกาฟูล
<input type="checkbox"/> ข้าพเจ้ามีสุขภาพแข็งแรง และร่างกายสมบูรณ์ดีทุกประการ ไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคใดๆ ไม่เคยได้รับการตรวจ และ/หรือแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับการรักษาสุขภาพ หรือการเจ็บป่วยแต่ประการใด	<input type="checkbox"/> ข้าพเจ้ามีสุขภาพแข็งแรง และร่างกายสมบูรณ์ดีทุกประการ ไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคใดๆ ไม่เคยได้รับการตรวจ และ/หรือแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับการรักษาสุขภาพ หรือการเจ็บป่วยแต่ประการใด
<input type="checkbox"/> ข้าพเจ้าเคยเจ็บป่วยเป็นโรค..... เป็นระยะเวลา..... และปัจจุบัน <input type="radio"/> ยังคงเป็นโรสดังกล่าวอยู่ <input type="radio"/> หายจากการเจ็บป่วยด้วยโรสดังกล่าวแล้ว	<input type="checkbox"/> ข้าพเจ้าเคยเจ็บป่วยเป็นโรค..... เป็นระยะเวลา..... และปัจจุบัน <input type="radio"/> ยังคงเป็นโรสดังกล่าวอยู่ <input type="radio"/> หายจากการเจ็บป่วยด้วยโรสดังกล่าวแล้ว
<input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....	<input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....

พร้อมนี้ ข้าพเจ้าได้ชำระเงินสมทบตะกาฟูล เพื่อการขอต่ออายุสัญญาตะกาฟูลแล้ว จำนวนเงิน.....บาท ตามหลักฐานที่แนบมาคือ

- สำเนาใบรับเงินชั่วคราว เลขที่.....
- สำเนาใบแจ้งชำระเงินผ่านธนาคาร หรือจุดบริการรับชำระ โดยชำระวันที่..... เมื่อวันที่.....

ข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ขอรับรองว่า ถ้อยแถลงข้างต้น ตลอดจนเอกสารและหลักฐานที่ได้ส่งมอบให้ไว้แก่บริษัทฯ เป็นจริงทุกประการ และข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ยินยอมให้บริษัทฯ ถี้อเอาค่าแกลงเกี่ยวกับสุขภาพและรายงานการตรวจสุขภาพของแพทย์ (ถ้ามี) เป็นมูลฐานในการพิจารณาต่ออายุสัญญาตะกาฟูล โดยการต่ออายุสัญญาตะกาฟูล จะมีผลบังคับต่อเมื่อบริษัทฯ อนุมัติแล้ว ทั้งนี้ ให้ถือคำรับรองนี้เป็นส่วนหนึ่งของสัญญาตะกาฟูลด้วย และเพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์จึงลงลายมือชื่อตามที่ปรากฏข้างล่างนี้

ลงชื่อ พยาน / ตัวแทน
(.....)

ลงชื่อ สมาชิกตะกาฟูล
(.....)

ลงชื่อ พยาน / ตัวแทน
(.....)

ลงชื่อ ผู้ชำระเงินสมทบ หรือ
(.....) - ผู้แทนโดยชอบธรรม กรณีผู้เยาว์

เฉพาะเจ้าหน้าที่บริษัทฯ (สำนักงานใหญ่)

Blank area for signature and stamp of the company official.

EXAMINATION OF ADULT APPLICATION (This examination should be made in private, no third person should be present)

Name of Applicant	Height (in low shoes)(cms)	Weight (without coat)(kgs)	Chest (force inspiration)(cms)	Chest (force expiration)(cms)	Abdomen (at umbilicus)(cms)	
BLOOD PRESSURE (If over 140 systolic or 90 diastolic , record 3 readings)			PULSE			
	1 st reading	2 nd reading	3 rd reading	At rest	After exercise	3 minutes later
Systolic						
Diastolic						
(5 th phase)						
				Rate/minute		
				Irregularities/minute		
				Exercise only if irregular pulse, heart murmur or BP over 150/100		
Details				Yes	No	Details of "Yes" answers. (Identify Item)
1. A - Are you personally or professionally acquainted with the applicant? If so, how long?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B - Does the applicant appear unhealthy (such as pale, icteric, edema, etc.) or older than stated age?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C - Do you suspect any abnormal mentality behavior or alcohol abuse or drug addict?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D - Are there any identification marks (such as scars, birthmarks, etc.)?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Do you find any evidence of past or present disease or abnormality of :						
A - Eyes, ears, nose, throat and mouth (including impairment of sight or hearing?)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B - Thyroid or other endocrine glands, metabolic or hemopoietic systems?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C - Breast (mass, surgical scar or mastectomy)?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D - Respiratory system (lungs, pleura, chest wall)?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
E - Abdomen (including stomach, liver, spleen, hernias)?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F - Genito-urinary system?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G - Central or peripheral nervous system (including reflexes, gait, paralysis)?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
H - Skin, bones or joints (including varicose veins, deformities, lameness, amputations)?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. HEART : Apex Beat located at						
Is there any						
A - Arteriosclerosis or aneurysm?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B - Hypertrophy or edema?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C - Murmur - (If murmur is present, describe below)?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Location	[] apex	[] base-over.....	area			
Timing	[] systolic	[] diastolic	[] presystolic			
Intensity	[] soft	[] moderate	[] loud			
Transmission	[] none	[] axilla	[] scapula			
After exercise	[] absent	[] decreased	[] unchanged	[] increased		
Diagnosis :						
Do you suspect any abnormality in the heart or vascular system?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. A - Are you aware of any unfavorable features likely to affect his/her longevity						
(i) in the personal or family history?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(ii) disclosed by your medical examination?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B - Do you recommend any additional tests or reports?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Do you find or suspect any signs or symptoms related to HIV infection or AIDS, such as						
A - Lymph node enlargement?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B - Oral candidiasis or oral hairy leucoplakia?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C - Abnormal skin rash?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D - Herpes zoster, herpes simplex, psoriasis etc.?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Urinalysis						
Appearance	pH.	Sp. gr.	Albumin	Sugar	Blood	Others
If abnormal finding present, please send for microscopic urinalysis. !! available.						

Date.....Time..... A.M./P.M.

Signature.....MD

Hospital/Clinic.....

(.....)

Medical Practitioner Registration No.....

Hospital/Clinic Stamp Here