

เอกสารประกอบเพื่อทำประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยสัตว์เลี้ยง แผนประกันภัยเมืองไทย Cats & Dogs

ชื่อสถานพยาบาลใบอนุญาตสถานพยาบาลสัตว์เลขที่.....
 ชื่อ-สกุล น.สพ./สพ.ญ.เลขที่ใบประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์.....
 ทำการตรวจสุขภาพสัตว์เลี้ยงชื่อสายพันธุ์.....
 เพศ.....อายุ.....ปี.....เดือนหมายเลขไมโครชิพ.....

ผลการตรวจ Physical Examination

วันที่ทำการตรวจสุขภาพ (วัน/เดือน/ปี)/...../..... อุณหภูมิร่างกายสัตว์ F น้ำหนักตัวสัตว์.....Kg.

สิ่งที่ทำการตรวจ	ผลการตรวจ		ความผิดปกติที่ตรวจพบ
	ผ่าน	ไม่ผ่าน	
1.การทำงานของระบบหายใจ			
2.การทำงานของหัวใจ			
3.ความสมบูรณ์ของเยื่อเมือก			
4.สภาพผิวหนังและขน			
5.ความสมบูรณ์ต่อมน้ำเหลือง			
6.ความสมบูรณ์ของตา			
7.ความสมบูรณ์ของหู			
8.ความสมบูรณ์ของจมูก			
9.ความสมบูรณ์ของช่องปาก			
10.ความสมบูรณ์ของเต้านม			
11.ความสมบูรณ์ของระบบสืบพันธุ์ อวัยวะเพศ			
12.ความสมบูรณ์ของระบบขับถ่าย (อุจจาระ+ปัสสาวะ)			

ผลการซักประวัติสุขภาพสัตว์เลี้ยง

- มีเจ้าเล็ดตามตัว หรือเคยมีเลือดกำเดาออกหรือไม่
 มี ไม่มี ไม่แน่ใจ
- เกิดภาวะท้องมานหรือไม่
 มี ไม่มี ไม่แน่ใจ
- ลักษณะของสีอุจจาระที่ผ่านมา
 ดำ น้ำตาล ปกติ
- ลักษณะของสีปัสสาวะที่ผ่านมา
 เหลืองเข้ม เหลือง ขาว-ใส
- ประวัติการฉีดยา หรือการหยดยาเพื่อป้องกันเห็บ หมัด ไร หรือพยาธิหนอนหัวใจ
 เสมอ บางครั้ง ไม่เคย
- การแสดงอาการไอของสัตว์เลี้ยงที่ผ่านมา
 บ่อยมาก บางครั้ง ไม่ค่อยมี
- การทำหมัน / การควบคุมวงรอบการเป็นสัด ของสัตว์
 ได้รับการฉีดยาคูม ผ่าตัดทำหมันถาวร
 ใช้การกักพื้นที่/ สวมกางเกงป้องกันการผสมพันธุ์
 ไม่ได้ควบคุม ปล่อยตามธรรมชาติ
- ลักษณะที่อยู่อาศัยของสัตว์เลี้ยง
 ปล่อยตามธรรมชาติ อยู่ในกรง อยู่ในกรงมีมุ้งลวด

เงื่อนไขการรับประกันภัยอื่นๆ

- สัตว์เลี้ยงต้องมีสุขภาพสมบูรณ์ ไม่มีอาการบาดเจ็บ พิกัดหรือเจ็บป่วย
- สัตว์เลี้ยงต้องอยู่ในอาณาเขตประเทศไทยเท่านั้น
- สัตว์เลี้ยงต้องได้รับการฉีดวัคซีนครบตามประเภทโรคและกำหนดเวลาตามมาตรฐาน

ดำเนินการตรวจสุขภาพ และให้คำรับรองการตรวจโดย

ชื่อ-สกุล น.สพ./ สพ.ญ. เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....

เมืองไทย Cats & Dogs

เลขที่ใบคำขอ

ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยสัตว์เลี้ยง แผนประกันภัย เมืองไทย Cats & Dogs

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะลงทะเบียนเพื่อเอาประกันภัยกรมธรรม์ประกันภัยสัตว์เลี้ยง กับ บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

แบบประกันภัยที่เลือก แบบไม่มีไมโครชิพ แบบไม่มีไมโครชิพ
แผนประกันที่เลือก แผนที่ 1 แผนที่ 2 แผนที่ 3 แผนที่ 4

รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย

1. ชื่อผู้เอาประกันภัย (เจ้าของสัตว์เลี้ยง) นาย นาง นางสาว อื่นๆ ระบุ..... เพศ ชาย หญิง
ชื่อ.....นามสกุล.....

เลขที่บัตรประชาชน

วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.)/...../..... อายุ.....ปี อาชีพ/ตำแหน่ง.....

ลักษณะงาน.....รายได้/เดือน.....

โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....

2. ที่อยู่ติดต่อได้ เลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน.....อาคาร.....ชั้น.....ห้อง.....
ซอย..... ถนน.....ตำบล / แขวง.....อำเภอ / เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

3. รายละเอียดเกี่ยวกับสัตว์เลี้ยงที่เอาประกันภัย

ชื่อของสัตว์เลี้ยง.....

ประเภท สุนัข แมว สายพันธุ์..... เพศ ผู้ เมีย

อายุ.....ปี.....เดือน (สัตว์เลี้ยงต้องมีอายุระหว่าง 3 เดือนถึง 7 ปี และมีสุขภาพสมบูรณ์ไม่มีอาการบาดเจ็บ พิการหรือเจ็บป่วย)

หมายเลขไมโครชิพ.....

ใบรับรองสายพันธุ์ มี ไม่มี

วัตถุประสงค์ในการเลี้ยง เป็นสัตว์เลี้ยง เพื่อการค้า อื่นๆ ระบุ.....

4. ระยะเวลาเอาประกันภัย เริ่มวันที่..... เวลา 16.30 น. สิ้นสุดวันที่..... เวลา 16.30 น.

(ในกรณีที่บริษัทฯตกลงรับประกันภัย จะเริ่มคุ้มครอง ณ วันที่ชำระเงิน)

เอกสารที่ใช้ในการขอทำประกัน ครบทุกข้อดังนี้

- 1. ใบคำขอเอาประกันภัย ที่กรอกรายละเอียดครบถ้วนสมบูรณ์
- 2. เอกสารประกอบเพื่อทำประกันภัยกรมธรรม์ประกันภัยสัตว์เลี้ยง แผนประกันภัยเมืองไทย Cats&Dogs ใช้แบบฟอร์มของบริษัทฯตามที่แนบมา
- 3. สำเนาใบรับรองการฉีดวัคซีน
- 4. หลักฐานในการฝังไมโครชิพ (สำหรับสัตว์เลี้ยงที่ได้รับการฝังไมโครชิพมาแล้ว สำหรับแบบที่ 1 รับประกันภัยแบบไม่มีไมโครชิพ
* คุ้มครองค่าฝังไมโครชิพเฉพาะสัตว์เลี้ยงที่ฝังไมโครชิพมาแล้ว ไม่เกินกว่า 30 วัน ก่อนทำประกันภัย
- 5. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของเจ้าของสัตว์เลี้ยง
- 6. รูปถ่ายของสัตว์เลี้ยง รวมถึงรูปถ่ายที่แสดงจุดเด่น (ตำหนิ) ของสัตว์เลี้ยงนั้น ไม่เกิน 2 สัปดาห์ ครบทุกรูปดังนี้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่าการขอเอาประกันภัยจะสมบูรณ์ก็ต่อเมื่อ บริษัทฯได้พิจารณาใบคำขอเอาประกันภัยและตกลงรับประกันภัยแล้ว

เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทฯแล้ว

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ผู้เอาประกันภัยต้องตอบคำถามในใบคำขอให้ตรงตามความเป็นจริงทุกประการ มิฉะนั้นบริษัทฯ อาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

(.....)

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

วันที่...../...../.....

(สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทฯ) ชื่อผู้ส่งงาน นายธนวัฒน์ สุขวิสุทธิ รหัสผู้ส่งงาน 07508987 โทรศัพท์ 0848475744