

เอกสารประกอบเพื่อทำประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยสัตว์เลี้ยง ทิพยคนรักสัตว์เลี้ยง (Tip Pet Lover)

ชื่อสถานพยาบาล..... ใบอนุญาตสถานพยาบาลสัตว์เลี้ยงเลขที่.....
 ชื่อ-สกุล น.สพ./สพ.ญ. เลขที่ใบประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์.....
 ทำการตรวจสุขภาพเพื่อสัตว์เลี้ยงชื่อ.....สายพันธุ์.....
 เพศ.....อายุ.....เดือน.....ปี.....
 หมายเลขไมโครชิพ.....

ผลการตรวจ Physical Examination

วันที่ทำการตรวจสุขภาพ(วัน/เดือน/ปี)...../...../..... อุณหภูมิร่างกายสัตว์เลี้ยง.....F น้ำหนักตัวสัตว์เลี้ยง.....Kg.

สิ่งที่ทำการตรวจ	ผลการตรวจ		ความผิดปกติที่ตรวจพบ
	ปกติ	ไม่ปกติ	
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 หรือมีเลือดกำเดาออกหรือไม่
() 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 ของสัตว์เลี้ยงที่ผ่านมา
() ได้รับการฉีดยาคุม () ผ่าตัดทำหมันถาวร
() ใช้การกักพื้นที่/สวมกางเกงป้องกันการผสมพันธุ์ () ไม่ได้ควบคุม ปลอ่ยตามธรรมชาติ
- ลักษณะที่อยู่อาศัยของสัตว์เลี้ยง
() ปลอ่ยตามธรรมชาติ () อยู่ในกรง () อยู่ในกรงมีมุ้งลวด

เงื่อนไขการรับประกันภัยอื่นๆ

- สัตว์เลี้ยงต้องมีสุขภาพสมบูรณ์ ไม่มีอาการบาดเจ็บ พิกัดหรือเจ็บป่วย
- สัตว์เลี้ยงอยู่ในอาณาเขตประเทศไทยเท่านั้น
- สัตว์เลี้ยงต้องได้รับการฉีดวัคซีนครบตามประเภทโรคและกำหนดเวลาตามมาตรฐาน

ดำเนินการตรวจสอบสุขภาพ และให้คำรับรองการตรวจโดย

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