แบบสอบถามการติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 (COVID-19)

TOKIO MARINE
INSURANCE GROUP

ชื่อและนามสกุลผู้ขอเอาประกันชีวิต …….....

ถือเป็นส่วนหนึ่งของใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่ …….....

1. ท่านได้สัมผัสใกล้ชิด หรือเคยสัมผัสกับบุคคลที่ถูกวินิจฉัยว่า ติดเชื้อ Corona Virus (COVID-19) หรือไม่

☐ เคย ตั้งแต่วันที่ .....

☐ ไม่เคย

2. ภายหลังจากได้สัมผัสใกล้ชิด หรือเคยสัมผัสกับบุคคลที่ถูกวินิจฉัยว่า ติดเชื้อ Corona Virus (COVID-19) ท่านมีอาการผิดปกติทางร่างกายหรือไม่

☐ มีอาการ กรุณาระบุรายละเอียด .....

☐ ไม่มีอาการ

3.ท่านเคยถูกกักกันตัวเพื่อเฝ้าสังเกตอาการ และ ไปตรวจยืนยันว่ามีการติดเชื้อ Corona Virus (COVID-19) หรือไม่ กรุณาระบุรายละเอียด

☐ เคย สถานที่กักตัว ..... ตั้งแต่วันที่ .....

ไปตรวจยืนยันวันที่..... สถานที่ตรวจ .....

ผลการตรวจ ☐พบการติดเชื้อ COVID-19 ☐ไม่พบเชื้อ COVID-19

☐ ไม่เคย

4. หลังจากทราบผลตรวจ พบว่ามีการติดเชื้อ Corona Virus (COVID-19) ท่านได้เข้าพักรักษาตัวในสถานที่

☐ บ้าน / Hospitel

☐ โรงพยาบาลสนาม

☐ โรงพยาบาลรัฐบาล/เอกชน โปรดระบุ วัน/เดือน/ปี ที่เข้าพักรักษา .....ถึงวันที่.....

ได้เข้าพักรักษาตัวในห้องผู้ป่วยหนัก (ICU) หรือไม่

☐ไม่ ☐เข้าพัก ICU ตั้งแต่วันที่ ..... ถึงวันที่.....

5. ก่อนและหลังการเข้าพักรักษาตัว ท่านมีอาการดังต่อไปนี้

☐ ไข้ ☐ ไอ ☐ อ่อนเพลีย ☐ เจ็บคอ ☐ ปวด/เวียนศีรษะ ☐ หายใจถี่ติดขัด ☐ ท้องเสีย เจ็บแน่นหน้าอก

☐ สูญเสียรสชาติ/กลิ่น ☐ ปวดเมื่อยตามตัว/ปวดข้อ ☐ มีผื่นผิวหนังตามนิ้วมือ/นิ้วเท้า ☐ สูญเสียคำพูด/การเคลื่อนไหว

☐ ไม่มีอาการใดๆ มีอาการอื่นๆ โปรดระบุ .....

6. ท่านได้รับการรักษาอย่างไรบ้าง

☐ ไม่มีการรักษา

☐ รักษาโดยใช้ยา โปรดระบุ .....

☐ ได้รับอ๊อกซิเจน / เครื่องช่วยหายใจ (CPAP ,BIPAP,Ventilation)

☐การฟอกไต (Dialysis)

☐ การผ่าตัด โปรดระบุ .....

☐ การรักษาอื่นๆ โปรดระบุ .....

7. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างการติดเชื้อ Corona Virus (COVID-19)

☐ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

☐ มีภาวะแทรกซ้อน ☐ โปรดระบุ.....

8. ภายหลังการรักษา ร่างกายมีการฟื้นตัวและหายเป็นปกติจากการติดเชื้อ Corona Virus (COVID-19)

☐ ใช่ หายเป็นปกติ ตั้งแต่วันที่.....

☐ ไม่ ปัจจุบันยังมีอาการ โปรดระบุ .....

9.ท่านได้รับการตรวจเอ็กซเรย์ปอด (CXR) ครั้งสุดท้าย วันที่ ..... สถานที่ตรวจ ….....

ผลการตรวจ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (กรุณาแนบผลการตรวจเพื่อประกอบการพิจารณา)

10. ท่านยังต้องไปพบแพทย์ต่อเนื่องเพื่อติดตามการรักษาหรือไม่

☐ ไม่ต้องตรวจติดตาม ☐ ยังต้องไปพบแพทย์ตามนัด ในวันที่.....

11. ปัจจุบัน ท่านมีสุขภาพอย่างไร

☐ แข็งแรง ☐ หายเป็นปกติ ☐ ยังมีอาการของโรคบ้างเป็นๆหายๆ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าสุขภาพของข้าพเจ้า ไม่มีการเปลี่ยนแปลง และข้าพเจ้าไม่ได้รับการรักษาโรค การปรึกษา หรือการตรวจโรคแต่อย่างใดเลย ตั้งแต่วันยื่นใบคาขอเอาประกันชีวิตดังกล่าว และขอรับรองต่อไปอีกว่า คาตอบทั้งหมดของข้าพเจ้าที่ให้ไว้ดังกล่าวข้างต้น ยังคงเป็นความจริงตามเดิมทุกประการ

ลงชื่อ ณ ..... เมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.……..…

…… ……..……

พยาน/ตัวแทน ลายมือชื่อของผู้เอาประกันภัย

…… ……..……

พยาน ลายมือชื่อของผู้ขอเอาประกันภัย (เจ้าของ) ถ้าไม่ใช่ผู้เอาประกันภัย