

152 อาคารชาร์เตอร์สแควร์ ชั้น 21 ห้อง 21-01 ถนนสาทรเหนือ แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500  
 152 Chartered Square Building, 21<sup>st</sup> Floor, Room 21-01, North Sathorn Road, Silom, Bangrak, Bangkok 10500  
 T: 02 401 9189 | F: 02 401 4187 | E: contactus@th.pacificcrosshealth.com

www.pacificcrosshealth.com

รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย / The Applicant's personal information	
1	<p>รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย / Applicant's Details (as state on ID card):</p> <p>ชื่อและนามสกุล (นาย/นาง/นางสาว/ อื่นๆ) ..... นามสกุล .....</p> <p>First names (Mr./Mrs./Miss/Other) ..... Middle name ..... Surname .....</p> <p>เพศ/Gender <input type="radio"/> ชาย/Male <input type="radio"/> หญิง/Female</p> <p>วันเดือนปีเกิด/Date of Birth ..... / ..... / ..... อายุ/Age ..... ปี/years น้ำหนัก (กก.)/Weight (Kg.) ..... ส่วนสูง (ซม.)/Height (Cm.) .....</p> <p>เชื้อชาติ/Race ..... สัญชาติ/Nationality .....</p> <p>หมายเลขประจำตัวประชาชน/ID No. ....</p> <p>ที่อยู่ปัจจุบัน/Current Address .....</p> <p>โทรศัพท์บ้าน/Home Phone No. .... โทรศัพท์เคลื่อนที่/Mobile No. ....</p> <p>Email address .....</p> <p>อาชีพปัจจุบัน/Occupation ..... ตำแหน่ง/Position .....</p> <p>ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป/Type of Work .....</p>
2	<p>รายละเอียดผู้รับประโยชน์ / Beneficiary Details:</p> <p>ชื่อและนามสกุล/Beneficiary Name ..... ความสัมพันธ์/Relationship .....</p> <p>ที่อยู่ปัจจุบัน/Current Address .....</p>
3	<p>ระยะเวลาขอเอาประกันภัย / Period of Insurance:</p> <p>เริ่มต้นวันที่/Start Date ..... / ..... / ..... เวลา/Time ..... น./hours      สิ้นสุดวันที่/End Date ..... / ..... / ..... เวลา 24.00 น./hours</p>
4	<p>โปรดเลือกแผนความคุ้มครอง / Please Select Your Plan:</p> <p><input type="radio"/> Top Up 1      <input type="radio"/> Top Up 4      <input type="radio"/> ความรับผิดชอบส่วนแรก 20,000 บาท / Deductible 20,000 THB</p> <p><input type="radio"/> Top Up 2      <input type="radio"/> Top Up 5      <input type="radio"/> ความรับผิดชอบส่วนแรก 50,000 บาท / Deductible 50,000 THB</p> <p><input type="radio"/> Top Up 3      <input type="radio"/> Top Up 6      <input type="radio"/> ความรับผิดชอบส่วนแรก 100,000 บาท / Deductible 100,000 THB</p>
5	<p>การชำระเบี้ยประกันภัย / Payment Mode:</p> <p><input type="radio"/> เงินสด/Cash</p> <p><input type="radio"/> บัตรเครดิต/Credit Card ธนาคาร/Bank ..... หมายเลข/Card No. ....หมดอายุ/Expire Date ..... / .....</p> <p><input type="radio"/> ผ่านบัญชีเงินฝาก/Bank Account ธนาคาร/Bank ..... สาขา/Branch ..... บัญชีเลขที่/Account No. ....</p> <p>เบี้ยประกันภัยสุทธิ/Net Premium Sub Total ..... บาท/Bath</p> <p>อากรแสตมป์/Stamp Duty ..... บาท/Bath</p> <p>ภาษี/Tax ..... บาท/Bath</p> <p>เบี้ยประกันภัยรวม ..... บาท/Bath (รวมอากรแสตมป์และภาษีแล้ว/Included Stamp Duty &amp; Tax)</p>

ประวัติสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย / Medical Questions	
1	<p>ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลหรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่</p> <p>Have you ever had any Life, Health, Critical Illness or Personal Accident insurance application declined, postponed, rate adjusted restricted?</p> <p><input type="radio"/> ไม่เคย/No <input type="radio"/> เคย โปรดระบุ/Yes, Please specify .....</p>
2	<p>ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยได้รับเชื้อ มีอาการ หรือได้รับการวินิจฉัยรักษา รับการผ่าตัด รับการบำบัดหรืออยู่ระหว่างการพักฟื้น ตลอดจนรับการปรึกษาและคำแนะนำจากแพทย์ด้วยโรคดังต่อไปนี้ หรือไม่</p> <p>In the past 5 years, have you ever had infected symptoms of, diagnosed with operated, been or being treated, or being restored, or ever consulted a doctor for the following diseases, symptoms and conditions?</p>
2.1	<p>โรคมะเร็งทุกชนิด / All type of Cancer</p> <p><input type="radio"/> ไม่เคย/No <input type="radio"/> เคย โปรดระบุ/Yes, Please specify .....</p>

ประวัติสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย / Medical Questions	
	<p>โรคหลอดเลือดสมอง(Stroke) ความผิดปกติทางสมอง สมองเสื่อม โรคพาร์กินสัน โรคชัก Stroke, Brain disorders, Alzheimer's disease, Parkinson's disease, or Seizures</p> <p><input type="radio"/> ไม่เคย/No <input type="radio"/> เคย โปรดระบุ/Yes, Please specify .....</p>
	<p>โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง Heart disease, Vascular disease, Chronic obstructive pulmonary disease, Emphysema</p> <p><input type="radio"/> ไม่เคย/No <input type="radio"/> เคย โปรดระบุ/Yes, Please specify .....</p>
	<p>โรคไตเรื้อรังหรือไตวาย โรคตับหรือมีไขมันโต โรคตับแข็ง โรคไวรัสตับอักเสบบี,ซี โรคพิษสุราเรื้อรัง ไขมันสะสมในตับ ไขมันพอกตับ Chronic Kidney disease or Kidney failure, Liver disease or Splenomegaly Cirrhosis, Hepatitis B or C virus, Alcoholism, Fatty Liver</p> <p><input type="radio"/> ไม่เคย/No <input type="radio"/> เคย โปรดระบุ/Yes, Please specify .....</p>
	<p>โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคเลือดซึ่งรุนแรงหรือจำเป็นต้องได้รับเลือดอย่างสม่ำเสมอ ท้องมาน AIDS, positive HIV test, severe blood disease or require regular blood transfusion or Ascites</p> <p><input type="radio"/> ไม่เคย/No <input type="radio"/> เคย โปรดระบุ/Yes, Please specify .....</p>
	<p>โรคเอสแอลอี โรคเอ็มเอส โรคโครห์น / SLE, Multiple Sclerosis, Crohn's disease</p> <p><input type="radio"/> ไม่เคย/No <input type="radio"/> เคย โปรดระบุ/Yes, Please specify .....</p>
	<p>อัมพฤกษ์ อัมพาต ทูพพลภาพ พิการ โรคจิตประสาท เคยใช้สารเสพติด / Paresis, Paralysis, Disability, disable or Psychosis</p> <p><input type="radio"/> ไม่เคย/No <input type="radio"/> เคย โปรดระบุ/Yes, Please specify .....</p>
2.2	<p><b>โรคความดันโลหิตสูง / Hypertension</b></p> <p><input type="radio"/> ไม่เคย/No <input type="radio"/> เคย โปรดระบุ/Yes, Please specify .....</p>
2.3	<p><b>โรคเบาหวาน / Diabetes</b></p> <p><input type="radio"/> ไม่เคย/No <input type="radio"/> เคย โปรดระบุ/Yes, Please specify</p> <p><input type="radio"/> อินซูลิน หรือ เคย พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพราะโรคเบาหวานหรืออาการที่เกี่ยวข้อง Take insulin injecting or Yes, I have been admitted in the hospital with Diabetes or related symptoms</p> <p><input type="radio"/> ไม่ต้องฉีดอินซูลิน และ ไม่เคย พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพราะโรคเบาหวานหรืออาการที่เกี่ยวข้อง Do not take insulin and I never been admitted in the hospital with Diabetes or related symptoms</p>
2.4	<p><b>ไขมันในเลือดสูง / Dyslipidemia</b></p> <p><input type="radio"/> ไม่เคย/No <input type="radio"/> เคย โปรดระบุ/Yes, Please specify</p> <p><input type="radio"/> รักษาด้วยยา/Medication</p> <p><input type="radio"/> ไม่ต้องทานยา แต่แพทย์แนะนำให้ออกกำลังกาย หรือควบคุมอาหาร Do not taking medication but the doctor recommend to exercise and diet control</p> <p>ระดับไขมันที่เคยผิดปกติสูงสุด คอลเลสเตอรอล/Cholesterol level <input type="radio"/> 200 – 240 มก./mg/dl <input type="radio"/> มากกว่า 240 มก./ml.%</p> <p>ระดับไขมันที่เคยผิดปกติสูงสุด ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) <input type="radio"/> 150 – 200 มก./mg/dl <input type="radio"/> มากกว่า 200 มก./ml.%</p>
2.5	<p><b>โรคทาลัสซีเมีย / Thalassemia</b></p> <p><input type="radio"/> ไม่เคย/No <input type="radio"/> เคย โปรดระบุ/Yes, Please specify .....</p>
2.6	<p><b>เนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ หูด ไฟ ดิ่งเนื้อ / Tumors, Mass, Lumps, Cysts, Warts, Moles and Polyps</b></p> <p><input type="radio"/> ไม่เคย/ไม่เคยเป็น/No <input type="radio"/> มี/เคยเป็น โปรดระบุ/Yes, Please specify</p> <p>ประเภท/ชนิด/Type/Kind ..... อวัยวะที่เป็น/Organ .....</p> <p><input type="radio"/> ยังมีอยู่/ยังเป็นอยู่/Currently have or being treated</p> <p><input type="radio"/> รักษา หรือ ผ่าตัดแล้ว/Removed/Cured</p> <p>ผลชิ้นเนื้อ/Biopsy result <input type="radio"/> ปกติ/Normal <input type="radio"/> ไม่ปกติ/Abnormal .....</p>
2.7	<p><b>โรคอื่นๆ หรือโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรังอื่นๆ นอกเหนือจากที่กล่าวมาข้างต้น</b> Other disease or other Chronic diseases (than as noted above)</p> <p><input type="radio"/> ไม่เคย/No <input type="radio"/> เคย โปรดระบุ คำวินิจฉัยแพทย์/สาเหตุ/อาการ/การตรวจที่ได้รับ/ Yes, Please specify Diagnosed/Caused/Symptoms/Examinations .....</p> <p>การรักษา/คำแนะนำที่ได้รับ/Treated/Recommend by Doctor .....</p> <p>เมื่อใด/ช่วงเวลาที่ได้รับรักษา/Date of treatment .....</p> <p>ผลการรักษา/Results of treatment</p> <p><input type="radio"/> ปกติ/Normal</p> <p><input type="radio"/> ไม่ปกติ โปรดระบุ/Abnormal, Please specify .....</p>

**ประวัติสุขภาพของผู้เอาประกันภัย / Medical Questions**

3	<p>ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยพบแพทย์เพื่อรับการปรึกษา รับคำแนะนำ รับการตรวจวินิจฉัย ตลอดจนได้รับการรักษา รับการสั่งยา หรือบำบัด อันเนื่องจากการบาดเจ็บ การเจ็บป่วย และการผ่าตัด หรือไม่ (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียดคำวินิจฉัยของแพทย์ อาการหรืออาการแสดง การรักษาหรือคำแนะนำที่ได้รับ และวันเวลาดังกล่าว)</p> <p>In the past 5 years, have you ever seen the physician for consultation, advised, diagnosed as well as received treatment, received medication or due to injury, illness and surgery? (If yes, Please specify diagnosis, sign or symptom, treatment or received an advice and dated)</p> <p><input type="radio"/> ไม่เคย/No <input type="radio"/> เคย โปรดระบุ/Yes, Please specify .....</p>
4	<p>ปัจจุบันท่านยังคงอยู่ในช่วงระยะพักฟื้นจากการเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือจากการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล เวชกรรม หรือมีการใช้สารเสพติดให้โทษหรือเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังหรือไม่</p> <p>Are you currently having recuperate from illness or injury from accident, have been use addition drugs or been treated for alcoholism at a hospital/medical center?</p> <p><input type="radio"/> ไม่ใช่/No <input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุ/Yes, Please specify .....</p>
5	<p>ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจวินิจฉัย อาทิเช่น เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่งตรวจชิ้นเนื้อ ทางด้านพยาธิวิทยา การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจคลื่นหัวใจ หรือการตรวจเลือด ปัสสาวะหรือไม่ (หากเคย กรุณาระบุผลการตรวจหรือสาเหตุที่ต้องเข้ารับการตรวจ วันเดือนปี และสถานที่ที่ตรวจ)</p> <p>In the past 5 years, have you ever had diagnosed Such as CT Scan, MRI, Biopsy Ultrasound Electrocardiography (EKG) or blood test/Urine test? (If yes, Please specify the result of treatment, cause of examined, date of treatment and the name of hospital)</p> <p><input type="radio"/> ไม่เคย/No <input type="radio"/> เคย โปรดระบุ/Yes, Please specify .....</p>
6	<p>ท่านเคยได้รับการแนะนำจากแพทย์ถึงการรักษาโดยการผ่าตัด หรือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอื่นใด ที่ยังไม่ได้กระทำ หรือไม่ (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียดรวมทั้งชื่อแพทย์และโรงพยาบาล)</p> <p>Have you ever received advice from the physician about surgical treatment or any other diagnosis tests which never being treated? (If yes, Please specify condition and the name of hospital)</p> <p><input type="radio"/> ไม่เคย/No <input type="radio"/> เคย โปรดระบุ/Yes, Please specify .....</p>
7	<p>ปัจจุบันท่านกำลังเจ็บป่วยหรือมีอาการผิดปกติ ( อาทิเช่น ความเจ็บปวด ก้อนเนื้องอก ภาวะเลือดออกผิดปกติ หรืออื่นๆ) ที่ยังไม่ได้รับการรักษาหรือปรึกษาจากแพทย์ หรือไม่</p> <p>Are you currently having an illness or abnormal condition? (Such as Pain, Tumor, Bleeding disorders etc.) which never being treated or consulted by doctor?</p> <p><input type="radio"/> ไม่มี/No <input type="radio"/> มี โปรดระบุ/Yes, Please specify .....</p>
8	<p>ท่านสูบบุหรี่หรือไม่</p> <p>Have you ever smoked a pipe, cigars or cigarettes?</p> <p>ในอดีต/In the Past</p> <p><input type="radio"/> ไม่สูบ/No <input type="radio"/> เคยสูบบุหรี่/Yes, how many sticks do you smoke per day? ..... มวน/sticks สูบเป็นเวลานาน ..... ปี</p> <p>ปัจจุบัน/Currently</p> <p><input type="radio"/> ไม่สูบ/No <input type="radio"/> เคยสูบบุหรี่/Yes, how many sticks do you smoke per day? ..... มวน/sticks สูบเป็นเวลานาน ..... ปี</p>
9	<p>บิดา มารดา คู่สมรส พี่หรือน้องของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วย หรือเสียชีวิตเนื่องจากวัณโรค โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคไตวายหรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์ หรือไม่</p> <p>Your Father, Mother, Spouse or Sibling ever had diagnosed or passed away with Tuberculosis, Diabetes, Heart disease, Cancer, Stroke, Kidney failure or positive HIV test?</p> <p><input type="radio"/> ไม่เคย/ไม่มี/No <input type="radio"/> เคย/มี โปรดระบุบุคคลที่เป็น/Yes, Please specify member ..... สาเหตุการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิต/Caused of illness/pass away ..... วันที่เข้ารับการปรึกษาหรือเสียชีวิต/Date of treatment/passed away .....</p>
10	<p>ปัจจุบันท่านรับประทานยาเป็นประจำหรือต่อเนื่อง หรือมีโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรังใดๆ หรือไม่</p> <p>Are you currently having medications or Congenital Disease and Chronic disease?</p> <p><input type="radio"/> ไม่ใช่/No <input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุชื่อยา สาเหตุหรือโรคที่เป็น/Yes, Please specify name of drug, Caused or Name of disease .....</p>

**คำรับรองและคำยินยอม / Agreement Conditions**

เป็นที่ตกลงกันระหว่างผู้ขอเอาประกันภัยและบริษัทว่า กรมธรรม์ประกันภัยนี้จะไม่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้ขอเอาประกันภัยสำหรับการบาดเจ็บหรือการป่วยซึ่งเกิดขึ้นโดยตรงหรือสืบเนื่องมาจากหรือเป็นอาการแทรกซ้อนของการบาดเจ็บหรือการป่วยใดๆ ที่ผู้ขอเอาประกันภัยได้แถลงไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้หรือที่บริษัทยกเว้นตามที่ระบุในเอกสารแนบท้ายยกเว้นความคุ้มครองเฉพาะโรค ซึ่งผู้ขอเอาประกันภัยได้รับทราบและยินยอมตามเงื่อนไขทุกประการ (โดยบริษัทจะออกเอกสารแนบท้ายยกเว้นความคุ้มครองเฉพาะโรคนั้นๆ เป็นการเฉพาะ)

It was an agreement between the applicant and the company that this policy does not cover for injuries or illness that occur directly with the applicant or as a result of complication of any injury or illness that the applicant has declared in this application form or the company exclusion that specifies on exclusion endorsement of cover specific disease which the applicant acknowledged and agreed to comply with this condition in all respects (In which the company will issue an exclusion endorsement for the coverage of that disease Specifically)

ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และผู้ขอเอาประกันภัยขอรับรองว่า รายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงที่จะให้ใบคำขอเอาประกันภัยนี้ เป็นหลักฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างผู้ขอเอาประกันภัยและบริษัท หากรายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัยเป็นเท็จ หรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ผู้ขอเอาประกันภัยขอมอบอำนาจแก่ บริษัท แพซิฟิค ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของผู้ขอเอาประกันภัยจากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับผู้ขอเอาประกันภัยหรือสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV เพื่อการพิจารณาการจ่ายค่าสินไหมทดแทน

The applicant hereby request the insurance company to provide the insurance policy with the terms and conditions according to your standard policy and The applicant declare that above statements are complete and true. The applicant agree to have this application form included in the contract between The applicant and the company. Should there be any false statement or any truth being concealed, The applicant agree to let the company void this insurance policy. The applicant, besides this, assign Pacific Cross Health Insurance PCL to request for any kind of information regarding to my personal health treatment or health condition records from any physician, hospital, clinic or any other organization which has any of my health information or record including the testing result of HIV for the payment of benefits and/or compensations.

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้ขอเอาประกันภัยได้

The company has the right to medically examine the Applicant who is claiming benefit under this policy and has the right to conduct an autopsy, within the limits of the law, in case of death, and the expense incurred will be paid by the company. If the Applicant do not allow the Company to investigate his/her claim or do not give permission to access his/her medical record or diagnosis, the Company reserves the right not to pay such claims.

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บใช้และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

The Applicant allows the company to collect, use and reveal the truth about the applicant's medical records and other information to the Office of Insurance Commission (OIC) in order to regulate the insurance industry.

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะเลือกรับกรมธรรม์ประกันภัยผ่านช่องทางใด / Would you like to receive the insurance which channel?

- รับเป็น e-policy ทางอีเมล (Email) ที่ระบุไว้ / Receive as e-policy though Email as specified
- รับเป็นเอกสาร โดยส่งให้ทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ระบุไว้ / Receive as document by post as address

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

Would you like to claim for personal Income Tax Deduction with this health insurance premium?

- ไม่มีความประสงค์ / No
- มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ .....

Yes, and I permit the insurer to send and reveal the information about this insurance premium to the revenue Department. If the applicant is a non-Thai resident, please enter the taxpayer ID Number given by the revenue .....

- ประกันภัยตรง / Direct
- ตัวแทนประกันวินาศภัย / Agent
- นายหน้าประกันวินาศภัย / Broker

ใบอนุญาตเลขที่ / License No. ....

ลงชื่อ ผู้ขอเอาประกันภัย / Application's signature

.....  
( ..... )

วันที่ขอเอาประกันภัย / Date ..... / ..... / .....

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)**

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้ขอเอาประกันภัยปกปิดข้อความจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนั้นตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865