PACIFIC CROSS
HEALTH INSURANCE PCL

A member of the Pacific Cross Group of Companies

LIFESTYLE SERIES APPLICATION

A New Lifestyle for a New Generation

Experience Matters

รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย (ตามที่ระบุในบัตรประจำตัวประชาชนหรือหนังสือเดินทาง)
Applicant's Details (as stated on ID Card or Passport)

PCHI ID No.

◯ นาย : Mr. ◯ นาง : Mrs. ◯ นางสาว : Miss
◯ เด็กชาย : Master ◯ เด็กหญิง : Ms. ◯ อื่นๆ : Other.....

ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย : Family Name

ชื่อ : First Name

ชื่อกลาง : Middle Name

วันที่เริ่มต้นประกันภัย : Policy Commencement Date ____ - ____ - _____
DD MM YYYY

เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง :
ID / Passport No.

วันหมดอายุ : Expiry Date
____ - ____ - _____
DD MM YYYY

เพศ : Gender
◯ ชาย : Male ◯ หญิง : Female

สถานภาพ : Marital Status
◯ โสด : Single ◯ สมรส : Married ◯ หม้าย : Widowed ◯ หย่า : Divorced

อายุ : Age .....

สัญชาติ : Nationality .....

วัน/เดือน/ปีเกิด (ค.ศ.) : Date of Birth ____ - ____ - _____
DD MM YYYY

น้ำหนัก (กก.) : Weight (kg.) .....

ส่วนสูง (ซม.) : Height (cm.) .....

รอบเอว (ซม.) : Waist (cm.) .....

อาชีพ : Occupation .....
(หากเกษียณอายุแล้วกรุณาระบุอาชีพล่าสุด)
(If retired please specify your last occupation)

ตำแหน่ง : Position .....

ลักษณะงานที่ทำ : Type of Work .....

ที่อยู่ปัจจุบัน : Current Address .....

ชื่อและที่อยู่ สถานที่ทำงาน : Company Name, Work Address .....

ที่อยู่ที่ต้องการให้ติดต่อ (โปรดระบุ) : Contact Address (Please identify) ◯ ที่อยู่ปัจจุบัน : Current Address ◯ ที่อยู่ที่ทำงาน : Work Address

โทรศัพท์มือถือ : Mobile No. .....

โทรศัพท์บ้าน : Telephone No. .....

อีเมล : E-mail Address .....

รายละเอียดเลขที่บัญชีสำหรับทำจ่ายสินไหม : Bank Account Details for the Payment of Claims

ธนาคาร : Bank .....

ชื่อบัญชี : Account Name .....

สาขา : Branch .....

เลขที่บัญชี : Account No. .....

รายละเอียดผู้รับประโยชน์ (ตามที่ระบุในบัตรประจำตัวประชาชนหรือหนังสือเดินทาง)
Beneficiary Details and Relationship to Insured (as stated on ID Card or Passport)

◯ นาย : Mr. ◯ นาง : Mrs. ◯ นางสาว : Miss
◯ เด็กชาย : Master ◯ เด็กหญิง : Ms. ◯ อื่นๆ : Other.....

ชื่อผู้รับประโยชน์ 1 : Beneficiary Name 1

นามสกุล : Family Name

ชื่อ : First Name

ชื่อกลาง : Middle Name

เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง :
ID / Passport No. .....

วัน/เดือน/ปีเกิด (ค.ศ.) : Date of Birth
____ - ____ - _____
DD MM YYYY

สัญชาติ : Nationality .....

ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย : Relationship to the Applicant
◯ คู่สมรส:Spouse ◯ บุตร:Child ◯ อื่นๆ:Other.....

เพศ : Gender
◯ ชาย : Male ◯ หญิง : Female

โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ : Contact Phone No. .....

ที่อยู่ผู้รับประโยชน์ : Beneficiary Full Address .....

อีเมล : E-mail Address .....

◯ นาย : Mr. ◯ นาง : Mrs. ◯ นางสาว : Miss
◯ เด็กชาย : Master ◯ เด็กหญิง : Ms. ◯ อื่นๆ : Other.....

ชื่อผู้รับประโยชน์ 2 : Beneficiary Name 2

นามสกุล : Family Name

ชื่อ : First Name

ชื่อกลาง : Middle Name

เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง :
ID / Passport No. .....

วัน/เดือน/ปีเกิด (ค.ศ.) : Date of Birth
____ - ____ - _____
DD MM YYYY

สัญชาติ : Nationality .....

ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย : Relationship to the Applicant
◯ คู่สมรส:Spouse ◯ บุตร:Child ◯ อื่นๆ:Other.....

เพศ : Gender
◯ ชาย : Male ◯ หญิง : Female

โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ : Contact Phone No. .....

ที่อยู่ผู้รับประโยชน์ : Beneficiary Full Address .....

อีเมล : E-mail Address .....

1. เลือกแผนความคุ้มครอง (Select your Protection Plan)				เบี้ยมาตรฐาน (Base Premium) บาท/Baht
◯ Standard	◯ Premier	◯ Maxima	◯ Ultima	
◯ Standard Plus	◯ Premier Plus	◯ Maxima Plus	◯ Ultima Plus	
◯ Standard Extra				

2. เลือกส่วนลดเบี้ยประกันภัย (Premium Discount Options)			
ความคุ้มครองผู้ป่วยนอก (OPD Benefit)	◯ ไม่คุ้มครองผู้ป่วยนอก (Exclusion of Outpatient Benefit)	20%	
ความรับผิดชอบส่วนแรก/คน/ปี (Deductible/Person/Policy Year) ***** หมายเหตุ ***** **แผน Standard & Standard Plus ไม่สามารถเลือกรับส่วนลดนี้ได้** ***** Remark ***** **Deductible options are not available for the Standard and Standard Plus Plans**	◯ ความรับผิดชอบส่วนแรก 20,000 บาท (THB 20,000 Deductible)	15%	
	◯ ความรับผิดชอบส่วนแรก 40,000 บาท (THB 40,000 Deductible)	25%	
	◯ ความรับผิดชอบส่วนแรก 100,000 บาท (THB 100,000 Deductible)	32.5%	
	◯ ความรับผิดชอบส่วนแรก 200,000 บาท (THB 200,000 Deductible)	40%	
	◯ ความรับผิดชอบส่วนแรก 300,000 บาท (THB 300,000 Deductible)	50%	
	◯ ส่วนลดกลุ่มสำหรับครอบครัว (Family Discount)	5%	
ส่วนลดเบี้ยประกันภัยเหล่านี้จะถูกคำนวณเป็นลำดับขั้นจากเบี้ยประกันภัยที่หักส่วนลดอื่นแล้ว (ถ้ามี) These premium discounts are to be applied progressively from the base premium above (Where applicable)		**Sub-Total**	

3. เลือกความคุ้มครองเพิ่มเติม (Additional Benefits)		เบี้ยมาตรฐาน / Base Premium บาท/Baht
***** หมายเหตุ ***** **สำหรับแผน Standard Plans ทุกแผนไม่สามารถเลือกซื้อความคุ้มครองเพิ่มเติมด้านทันตกรรมและจักษุได้** ***** Remark ***** **Dental and Vision Benefits are not available for all types of Standard Plans**	ความคุ้มครองทางทันตกรรม/Dental Benefit ◯ คุ้มครอง/Cover ◯ ไม่คุ้มครอง/Not Cover	
	ความคุ้มครองทางจักษุ/Vision Benefit ◯ คุ้มครอง/Cover ◯ ไม่คุ้มครอง/Not Cover	
	◯ **ซื้อเพิ่ม**ประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล **/ Buy More** Personal Accident (PA).....Baht (Insert Amount) *เบี้ยประกันเพิ่ม 145 บาท ต่อความคุ้มครอง 100,000 บาท* *Additional Premium THB 145/ THB 100,000* จำนวนเงินที่ซื้อเพิ่มจากวงเงินภายใต้แผนประกันที่เลือก The amount bought is to be added to existing amount within the selected plan วงเงินความคุ้มครองนี้เป็นวงเงินเพิ่มเติมจากแผนประกันที่เลือก This coverage is in addition to the selected insurance plan amount. ***บริษัทขอสงวนสิทธิ์ที่จะพิจารณารับหรือปฏิเสธเงื่อนไขนี้** ***The Insurer reserves the right to accept, limit or decline this request.**	

4. ค่าเบี้ยประกันภัยรายปี (Annual Premium)	
เบี้ยประกันภัยสุทธิ (Net Premium Sub-Total)	(บาท : Baht)
อากรแสตมป์ 0.4% (Stamp Duty 0.4%)	(บาท : Baht)
เบี้ยประกันภัยรวม (Total Premium)	(บาท : Baht)

Important Note

***การเลือกเข้ารักษาในกลุ่มประเทศอเมริกาเหนือ ญี่ปุ่น ฮ่องกง สิงคโปร์ กลุ่มสหภาพยุโรป และสวิสเซอร์แลนด์ ผลประโยชน์นี้จะพิจารณาเป็นราย ๆ โดยบริษัทขอสงวนสิทธิ์ที่จะพิจารณารับเงื่อนไขนี้ การเลือกเข้ารักษาในประเทศอื่น ๆ นอกเหนือจากนี้ต้องยื่นเอกสารเพื่อขอรับความเห็นชอบเพื่อพิจารณาความคุ้มครอง**

***Elective Treatment** in North America, Japan, Hong Kong, Singapore, EU Countries and Switzerland. This Benefit is permitted only on a case by case basis with no guarantee of acceptance by the Insurer. All other Elective Treatments in other countries require Pre - Approval.

แบบสอบถาม (Medical Questions)	ใช่/เคย Yes	ไม่ใช่/ไม่เคย No
กรุณาตอบคำถามด้านล่างนี้ หากข้อใดตอบ "ใช่/เคย" กรุณาระบุชื่อและที่อยู่ของโรงพยาบาล หรือคลินิก สภาพการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย และวันที่รักษา สภาพปัจจุบัน และข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โปรดระบุเพิ่มเติมในข้อ 8 Kindly answer the questions below. For each "Yes" answer please identify provider's name (hospital or clinic) and address, injury or illness condition, date of treatment, current clinical and other relevant information. Please specify in Question 8		
1. ขณะนี้ท่านได้รับความคุ้มครองจากกรมธรรม์ประกันสุขภาพใด ๆ หรือไม่? (กรุณาแนบสำเนากรมธรรม์ประกันภัย และตารางกรมธรรม์ประกันภัย) Are you currently covered by any other Health Insurance policy? (If Yes, please enclose a copy of the policy and benefit schedule)	◯	◯
2. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการประกันภัย เพิ่มเบี้ยประกัน เพิ่มเงื่อนไข ยกเลิกประกันสุขภาพ หรือประกันชีวิตหรือไม่? หากเคย กรุณาระบุรายละเอียด Have you ever had any Health or Life Insurance policy declined, postponed, rate adjusted, restricted or cancelled? If yes, please clarify.	◯	◯

แบบสอบถาม – ต่อเนื่อง (Medical Questions – Continued)		ใช่/เคย Yes	ไม่ใช่/ไม่เคย No
3. ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยมีอาการ หรือได้รับคำแนะนำ หรือได้รับการวินิจฉัย หรือได้รับการรักษาเกี่ยวกับโรคดังต่อไปนี้ หรือไม่? **โปรดขีดเส้นใต้ชื่ออาการ หรือโรค** In the past 10 years, have you ever had symptoms of, or been made aware of, or diagnosed with, or treated for any of the following? **Please underline the specific condition.**			
3.1	- อาการปวดศีรษะ ไมเกรน (Headaches, Migraines)	○	○
	- โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease or Disorders)	○	○
	- ความผิดปกติอื่นๆ ของระบบประสาท (Any other Disease or Disorders of Neurological System)	○	○
	- เจ็บหน้าอก โรคหัวใจ (Chest Pain / Heart Disease)	○	○
	- ใจสั่น (Palpitations)	○	○
	- หัวใจเต้นผิดปกติ (Arrhythmias)	○	○
	- ความผิดปกติของปอด หัวใจ ระบบไหลเวียนโลหิต (Any Disorders of Lungs, Heart or Blood Circulation System)	○	○
	- เส้นเลือดขอด (Varicose Veins)	○	○
	- เบาหวาน (Diabetes)	○	○
	- ความดันโลหิตสูง (Hypertension)	○	○
	- ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ (Dyslipidemia)	○	○
	- โรคเลือด ฮอร์โมน หรือต่อมต่างๆ ของร่างกาย (Blood Disease, Hormonal or Glandular Disease)	○	○
3.2	- ระบบทางเดินหายใจ (Respiratory System)	○	○
	- ถุงลมโป่งพอง (Emphysema)	○	○
	- ปอดอุดกลั้นเรื้อรัง (COPD)	○	○
	- หอบหืด (Asthma)	○	○
	- หลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้น (Bronchial Hyper responsiveness)	○	○
	- ภูมิแพ้ทางเดินหายใจ (Respiratory Allergy)	○	○
	- ปัญหาด้านการหายใจอื่นๆ โปรดระบุ (Any other Breathing Problems, please specify)	○	○
3.3	- โรคจิต (Psychosis)	○	○
	- โรคจิตเวช (Psychiatric Disorders)	○	○
	- เครียด วิตกกังวล นอนไม่หลับ (Stress, Anxiety, Insomnia)	○	○
	- อารมณ์แปรปรวน (Mood Disorder)	○	○
	- ตื่นตระหนก (Panic Disorders)	○	○
	- ซึมเศร้า (Depression)	○	○
3.4	- ชัก หรือลมบ้าหมู (Seizures or Epilepsy)	○	○
	- เป็นลม หมดสติ (Fainting or Black-out Spells)	○	○
3.5	- ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหารและลำไส้ (Gastrointestinal Problems)	○	○
	- กรดไหลย้อน (GERD - Acid Reflux)	○	○
	- แผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้ เลือดออกในทางเดินอาหารและลำไส้ (Stomach or Intestinal Ulcers, Gastrointestinal Bleeding)	○	○
	- ลำไส้แปรปรวน ลำไส้อักเสบ โรคถุงผนังของลำไส้ (IBS, Inflammatory Bowel Disease (IBD), Diverticular Disease)	○	○
	- ตับอ่อนอักเสบ ตับอักเสบ ไขมันพอกตับ (Pancreatitis, Hepatitis, Fatty Liver)	○	○
	- โรคของถุงน้ำดี นิ่วในถุงน้ำดี ท่อทางเดินน้ำดี (Gallbladder Disease, Gallstones, Bile Duct Disease)	○	○
	- โลหิตจาง (Anemia)	○	○
	- ไส้เลื่อน, ริดสีดวง (Hernias, Hemorrhoid)	○	○
	- แพ้อาหาร (Food Allergy)	○	○
	- ความผิดปกติอื่นๆ ของกระเพาะอาหาร ตับ หรือลำไส้ (Other Disorders of Stomach, Liver or Intestines)	○	○
3.6	- ความผิดปกติของต่อมลูกหมาก หรือ ระบบสืบพันธ์และทางเดินปัสสาวะ (Disorders of Prostate or Genitourinary Tract)	○	○
	- ความผิดปกติของไต ท่อไต (Disorders of Kidneys, Ureters)	○	○
	- นิ่วที่ไต (Kidney Stones)	○	○
	- ความผิดปกติของกระเพาะปัสสาวะ (Disorders of Bladder)	○	○
	- ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Immune System Disease)	○	○
	- เอชไอวี เอดส์ กลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (HIV, AIDS, AIDS Related Complex)	○	○
3.7	- ปวดคอ หลัง บ่า หรือ ไหล่ (Neck, Back or Shoulder Pain)	○	○
	- โรคกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อ เอ็น และเนื้อเยื่ออ่อน (Fibromyalgia)	○	○
	- กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืด (Myofascial Pain Syndrome)	○	○
	- หมอนรองกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาท (Bulging or Herniated Discs)	○	○
3.8	- โรคความผิดปกติ หรือกลุ่มอาการเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ ข้อต่อหรือกระดูก (Muscle, Joint or Bone Disease or Condition)	○	○
	- อาการปวดข้อ ข้ออักเสบ ข้อรูมาตอยด์ (Joint Pain, Arthritis, Rheumatoid)	○	○
	- โรคแพ้ภูมิตัวเอง (Auto-Immune Disorders)	○	○
	- กลุ่มหรืออาการความเสื่อมของร่างกาย (Any Degenerative Disorders or Diseases)	○	○
	- โรคผิวหนังหรือความผิดปกติของผิวหนัง ภูมิแพ้ผิวหนัง ผื่น ลมพิษ ไฝ ตุ่ม (Any Skin Condition, Atopic Dermatitis, Urticaria, Moles, Lumps, Rash)	○	○
3.9	- อาการความผิดปกติเกี่ยวกับตา หู จมูก โพรงไซนัส หรือคอ (Disorders of the Eyes, Ears, Nose, Sinuses or Throat)	○	○
	- ต้อเนื้อ ต้อกระจก ต้อหิน จอประสาทตา ตาบอดหรือสูญเสียการมองเห็น (Pterygium, Cataracts, Glaucoma, Retina Disorders, Blindness or Visual Loss)	○	○

แบบสอบถาม – ต่อเนื่อง (Medical Questions – Continued)	ใช่/เคย Yes	ไม่ใช่/ไม่เคย No
3.10 ท่านเคยเป็นมะเร็ง เนื้องอก ถุงน้ำ หรือเคยได้รับการตรวจวินิจฉัยหรือบำบัดรักษาที่เกี่ยวข้องกับมะเร็ง หรือเนื้องอกหรือไม่? ถ้าเคย โปรดระบุ Do you have any history of cancer, tumors or cysts, or been investigated or treated for suspected cancers or tumors? If yes, please specify.	○	○
3.11 ขณะนี้ท่านกำลังได้รับการรักษาอื่นๆ โดยคำแนะนำของแพทย์หรือไม่? ถ้าใช่ โปรดระบุ Are you currently having any treatment or medications recommended or has been prescribed by a physician? If yes, please specify.	○	○
4 ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา **ท่านเคยเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล** สถานพยาบาลเวชกรรม คลินิก หรือ สถานพักฟื้นหรือไม่? ถ้าใช่ โปรดระบุชื่อและที่อยู่ของสถานพยาบาล การบาดเจ็บ / การเจ็บป่วยที่เข้ารักษา และระยะเวลาที่รักษา **Have you ever been admitted to or been treated at a hospital**, medical center, clinic or sanitarium in the past 10 years? If yes, please give the name and address of the hospital, the illness or injury, date of treatment and for how long you were hospitalized?	○	○

วัน/เดือน/ปี ที่รักษา Treatment Date (DD/MM/YYYY)	ชื่อสถานพยาบาล (Name of Healthcare Provider)	คำวินิจฉัยโรค (Diagnosis)	ผลการรักษา (Result of Treatment)	วันที่ติดตามการรักษาครั้งล่าสุด (Latest Follow-up date)

5. เฉพาะสตรีเท่านั้น (FOR WOMEN ONLY) :	**ใช่/เคย Yes**	**ไม่ใช่/ไม่เคย No**
5.1 ท่านกำลังตั้งครรภ์อยู่หรือไม่? ถ้าใช่ โปรดระบุอายุครรภ์ Are you pregnant? If yes, please specify number of weeks of the pregnancy ..... สัปดาห์ / Weeks	○	○
5.2 ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยมีโรคหรือความผิดปกติเกี่ยวกับเต้านม มดลูก รังไข่ ท่อรังไข่ ปากมดลูก ประจำเดือน ระบบสืบพันธุ์ การตั้งครรภ์หรือการคลอดบุตรรวมถึงภาวะแทรกซ้อน การแท้งบุตร หรือเคยรับการตรวจวินิจฉัยและ/หรือรักษาภาวะมีบุตรยากหรือไม่? ถ้าใช่ โปรดระบุ In the past 10 years, have you had any diseases or disorders of the breast, uterus, ovaries, fallopian tubes, cervix, menstruation, reproductive system, abortion, miscarriage or have been diagnosed and treated for infertility or not? If yes, please specify.	○	○
5.3 ท่านเคยคลอดบุตรมาก่อนหรือไม่? Have you had a prior child delivery? ผ่าคลอดทางหน้าท้อง Surgical Delivery/C-Section? ○ Yes ○ No ปี: year	○	○
6 ท่านเคยได้รับคำแนะนำให้ตรวจวินิจฉัย ตรวจสุขภาพ หรือวิธีการอื่นใดนอกเหนือจากที่ระบุไว้ข้างต้นหรือไม่? ถ้าใช่โปรดระบุ Have you ever been advised to have any medical test, medical check-up or procedure other than as noted above? If yes, please specify.	○	○
6.1 ปัจจุบันท่านสูบยาสูบ ซิการ์ หรือบุหรี่หรือไม่? ถ้าใช่ ท่านสูบเป็นจำนวนกี่มวนต่อวัน? ..... มวน Do you currently smoke a pipe, cigars or cigarettes? How many sticks do you smoke per day? ..... Sticks	○	○
6.2 ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่? ถ้าใช่ โปรดระบุ (จำนวนโดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์) Do you drink alcohol? If yes, please specify (average units per week consumed)	○	○
7. ท่านเคยได้รับการตรวจพิเศษ (เช่น เอ็มอาร์ไอ ซีที สแกน) การผ่าตัด หรือหัตถการทางการแพทย์ใดๆ หรือไม่ เช่น การส่องกล้องตรวจ ถ้าเคย โปรดระบุรายการหัตถการ วันที่ตรวจ และผลตรวจ Have you ever had any special medical examination (such as MRI, CT Scan) any surgical, or procedures e.g. endoscopy? If yes, for what? When? And the results?	○	○

8. ถ้าท่านตอบ “ใช่/เคย” ในคำถามที่กล่าวมาในข้อข้างต้นข้อใดข้อหนึ่งกรุณาให้รายละเอียดในช่องว่างด้านล่าง หรือในเอกสารเพิ่มเติม
When you answered “Yes” to any question in this form, please give details in the space below or put on additional paper.

.....

.....

.....

ถ้อยแถลงข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ และสมบูรณ์ตามที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ และข้าพเจ้าเข้าใจว่าบริษัทฯ เชื่อตามถ้อยแถลงนี้ ข้าพเจ้าเข้าใจว่าค่าเบี้ยประกันภัยที่บริษัทฯ ได้เสนอมาโดยอ้างอิงข้อมูลในใบคำขอเอาประกันภัยข้างต้นนี้ โดยยึดถือว่าข้าพเจ้าและครอบครัวของข้าพเจ้าพำนักอยู่ในประเทศไทยและข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าค่าเบี้ยประกันภัยที่เสนอมาในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ และ/หรือในเอกสารอื่นใด (ถ้ามี) อาจมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่กับข้อมูลสุขภาพ และ/หรือบันทึกประวัติการรักษาของข้าพเจ้า

นอกจากนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท แปซิฟิค ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนที่ได้รับมอบอำนาจจากบริษัทฯ ร้องขอ หรือทราบข้อมูลหรือถ่ายสำเนาจากบันทึกประวัติการรักษาพยาบาล การตรวจสุขภาพ และ/หรือข้อมูลสุขภาพของข้าพเจ้าได้จากแพทย์โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องราวเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้าจนแล้วเสร็จ สำเนาภาพถ่ายของเอกสารนี้ให้มีผลเช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อมูลของข้าพเจ้า และข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ หรือต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย หรือเพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์

All the above statements are true and have been completed to the best of my knowledge and belief, and I understand that The Company, believing them to be such, will rely upon them. I further understand that the premium quoted above or elsewhere, unless otherwise advised by Pacific Cross Health Insurance PCL are quoted in respect of me and my family being residents of Thailand. I do understand that the quoted premium in this document and/or other documents (if any) may be loaded in regard to my health information and/or health record.

I do hereby give my consent to Pacific Cross Health Insurance PCL or its representative to request copies of any kind of information regarding my health records or health condition from any physician, healthcare provider, or any organization until completion. A photocopy of this statement shall be as effective and valid as the original.

I hereby give my consent to Pacific Cross Health Insurance PCL to collect, use and disclose information pertaining to my health and any other information to insurance company or reinsurance companies or the Office of Insurance Commission (OIC) or legal authorities or medical professional personnel for the purpose of Insurance Business Compliance or The Company's underwriting decision or benefit payment decision or medical use.

สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ (Tax Deduction)

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

◯ **มีความประสงค์** และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อสรรพากรตลอดเวลาที่กรมธรรม์มีผลบังคับ ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่สรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ : .....
Yes, and I permit the insurer to send and reveal the information about this insurance premium to the Revenue Department. as long as the policy remains in force. If the applicant is a non-Thai resident, please enter the taxpayer ID Number given by the Revenue Department : .....

◯ **ไม่มีความประสงค์ / No**

.....	.....	.....
ผู้ขอเอาประกันภัย Applicant's Signature	ลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม (กรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ) Guardian's Signature (Applicant on behalf of a Minor)	วัน/เดือน/ปี Date/Month/Year

<u>คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)</u>

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

<u>WARNING BY OFFICE OF INSURANCE COMMISSION (OIC)</u>

The applicant must truthfully answer all questions. Any concealment or misrepresentation of the truth may result in the insurance contract becoming void under Clause 865 of the Civil and Commercial Code resulting in the cancellation of the policy.

◯ ประกันภัยตรง Direct
◯ ตัวแทนประกันวินาศภัย Agent
◯ นายหน้าประกันวินาศภัย Broker

ใบอนุญาตเลขที่
License No. .....
Broker/Agent Code .....