



A member of the Pacific Cross Group of Companies



Lifestyle Series
for **“LONG STAY VISA”**

Experience Matters

ใบคำขอลอเอาประกันสุขภาพและอุบัติเหตุ "Long Stay Visa" Application Form for Health and Personal Accident Insurance "Long Stay Visa"



รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย (ตามที่ระบุในบัตรประจำตัวประชาชนหรือหนังสือเดินทาง) Applicant's Details (as stated on ID Card or Passport)				PCHI ID No.	
<input type="radio"/> นาย : Mr. <input type="radio"/> นาง : Mrs. <input type="radio"/> นางสาว : Miss <input type="radio"/> เด็กชาย : Master <input type="radio"/> เด็กหญิง : Ms. <input type="radio"/> อื่นๆ : Other.....				เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง : ID / Passport No.	
ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย : Applicant's Name ชื่อ : First Name ชื่อกลาง : Middle Name นามสกุล : Family Name _____				วันหมดอายุ : Expiry Date ____ - ____ - ____ DD MM YYYY	
เพศ : Gender <input type="radio"/> ชาย : Male <input type="radio"/> หญิง : Female				สถานภาพ : Marital Status <input type="radio"/> โสด : Single <input type="radio"/> สมรส : Married <input type="radio"/> หม้าย : Widowed <input type="radio"/> หย่า : Divorced	
อายุ : Age		สัญชาติ : Nationality		น้ำหนัก (กก.) : Weight (kg)	
วัน/เดือน/ปีเกิด (ค.ศ.) : Date of Birth ____ - ____ - ____ DD MM YYYY				ส่วนสูง (ซม.) : Height (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) <input type="radio"/> ที่อยู่ปัจจุบัน : Current Address <input type="radio"/> ที่อยู่ทำงาน : 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 (as stated on ID Card or Passport)					
<input type="radio"/> นาย : Mr. <input type="radio"/> นาง : Mrs. <input type="radio"/> นางสาว : Miss <input type="radio"/> เด็กชาย : Master <input type="radio"/> เด็กหญิง : Ms. <input type="radio"/> อื่นๆ : Other.....				เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง : ID / Passport No.	
ชื่อผู้รับประโยชน์ 1 : Beneficiary Name 1 ชื่อ : First Name ชื่อกลาง : Middle Name นามสกุล : Family Name _____				วัน/เดือน/ปีเกิด (ค.ศ.) : Date of Birth ____ - ____ - ____ DD MM YYYY	
ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย : Relationship to the Applicant <input type="radio"/> คู่สมรส : Spouse <input type="radio"/> บุตร : Child <input type="radio"/> อื่นๆ : Other.....				เพศ : Gender <input type="radio"/> ชาย : Male <input type="radio"/> หญิง : Female	
ที่อยู่ผู้รับประโยชน์ : Beneficiary Full Address Nationality					
อีเมล : E-mail					
<input type="radio"/> นาย : Mr. <input type="radio"/> นาง : Mrs. <input type="radio"/> นางสาว : Miss <input type="radio"/> เด็กชาย : Master <input type="radio"/> เด็กหญิง : Ms. <input type="radio"/> อื่นๆ : Other.....				เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง : ID / Passport No.	
ชื่อผู้รับประโยชน์ 2 : Beneficiary Name 2 ชื่อ : First Name ชื่อกลาง : Middle Name นามสกุล : Family Name _____				วัน/เดือน/ปีเกิด (ค.ศ.) : Date of Birth ____ - ____ - ____ DD MM YYYY	
ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย : Relationship to the Applicant <input type="radio"/> คู่สมรส : Spouse <input type="radio"/> บุตร : Child <input type="radio"/> อื่นๆ : Other.....				เพศ : Gender <input type="radio"/> ชาย : Male <input type="radio"/> หญิง : Female	
ที่อยู่ผู้รับประโยชน์ : Beneficiary Full Address Nationality					
อีเมล : E-mail					

ใบคำขอเอาประกันสุขภาพและอุบัติเหตุ “Long Stay Visa”
Application Form for Health and Personal Accident Insurance “Long Stay Visa”



แบบสอบถาม (Medical Questions)		
กรุณาตอบคำถามด้านล่างนี้ หากข้อใดตอบ “ใช่/เคย” กรุณาระบุชื่อและที่อยู่ของโรงพยาบาล หรือคลินิก สถานพยาบาลเจ็บหรือการเจ็บป่วย และวันที่รักษา สถานปัจจุบัน และข้อมูลอื่นๆ 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	ใช่/เคย Yes	ไม่ใช่/ไม่เคย No
1. ขณะนี้ท่านได้รับความคุ้มครองจากกรมธรรม์ประกันสุขภาพใดๆ 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)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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. 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยมีอาการ หรือได้รับคำแนะนำ หรือได้รับการวินิจฉัย หรือได้รับการรักษาเกี่ยวกับโรคดังต่อไปนี้ หรือไม่? 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?		
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)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.2 - ระบบทางเดินหายใจ (Respiratory System) - ถุงลมโป่งพอง (Emphysema) - ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) - หอบหืด (Asthma) - หลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้น (Bronchial Hyper responsiveness) - ภูมิแพ้ทางเดินหายใจ (Respiratory Allergy) - ปัญหาด้านการหายใจอื่นๆ โปรดระบุ (Any other Breathing Problems, please specify)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.3 - โรคจิต (Psychosis) - โรคจิตเวช (Psychiatric Disorders) - เครียด วิตกกังวล นอนไม่หลับ (Stress, Anxiety, Insomnia) - อารมณ์แปรปรวน (Mood Disorder) - ตื่นตระหนก (Panic Disorders) - ซึมเศร้า (Depression)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.4 - ชัก หรือลมบ้าหมู (Seizures or Epilepsy) - เป็นลม หมืดสติ (Fainting or Black-out Spells)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.5 - ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal Problems) - กรดไหลย้อน (GERD - Acid Reflux) - แผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้ เลือดออกในทางเดินอาหาร (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 Intestine disorders)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ใบคำขอเอาประกันสุขภาพและอุบัติเหตุ “Long Stay Visa”
Application Form for Health and Personal Accident Insurance “Long Stay Visa”



แบบสอบถาม - ต่อเนื่อง (Medical Questions - Continued)		ใช่/เคย Yes	ไม่ใช่/ไม่เคย No	
3.6	- ความผิดปกติของต่อมลูกหมาก หรือ ระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ (Disorders of Prostate or Genitourinary Tract)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	- ความผิดปกติของไต ท่อไต (Disorders of Kidneys, Ureterus)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	- นิ่วที่ไต (Kidney Stones)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	- ความผิดปกติของกระเพาะปัสสาวะ (Disorders of Bladder)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	- ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Immune System Disease)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	- เอชไอวี เอ็ดส์ กลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับเอ็ดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (HIV, AIDS, AIDS Related Complex)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3.7	- ปวดคอ หลัง บ่า หรือ ไหล่ (Neck, Back or Shoulder Pain)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	- โรคกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อ เอ็น และเนื้อเยื่ออ่อน (Fibromyalgia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	- กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืด (Myofascial Pain Syndrome)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	- หมอนรองกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาท (Bulging or Herniated Discs)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3.8	- โรคความผิดปกติ หรือกลุ่มอาการเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ ข้อต่อหรือกระดูก (Muscle, Joint or Bone Disease or Condition)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	- อาการปวดข้อ ข้ออักเสบ ข้อรูมาตอยด์ (Joint Pain, Arthritis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	- โรคแพ้ภูมิตัวเอง (Auto-Immune Disorders)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	- กลุ่มหรืออาการความเสื่อมของร่างกาย (Any Degenerative Disorders or Diseases)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	- โรคผิวหนังหรือความผิดปกติของผิวหนัง ภูมิแพ้ผิวหนัง ผื่น ลมพิษ ไฟ ตุ่ม (Any Skin Condition, Atopic Dermatitis, Urticaria, Moles, Lumps, Rash)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3.9	- อาการความผิดปกติเกี่ยวกับตา หู จมูก โพรงไซนัส คอ (Disorders of the Eyes, Ears, Nose, Sinuses or Throat)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	- ต้อเนื้อ ต้อกระจก ต้อหิน จอประสาทตา ตาบอดหรือสูญเสียการมองเห็น (Pterygium, Cataracts, Glaucoma, Retina Disorders, Blindness or Visual Loss)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3.10	ท่านเคยเป็นมะเร็ง เนื้องอก ถุงน้ำ หรือเคยได้รับการตรวจวินิจฉัยหรือบำบัดรักษาที่เกี่ยวข้องกับมะเร็ง หรือเนื้องอกหรือไม่? ถ้าใช่ 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.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
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.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4	ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม คลินิก หรือ สถานพักฟื้นหรือไม่? ถ้าใช่ โปรดระบุชื่อและที่อยู่ของสถานพยาบาล การบาดเจ็บ / การเจ็บป่วยที่เข้ารับรักษา 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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
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)

ใบคำขอเอาประกันสุขภาพและอุบัติเหตุ “Long Stay Visa”
Application Form for Health and Personal Accident Insurance “Long Stay Visa”



แบบสอบถาม - ต่อเนื่อง (Medical Questions - Continued)		ใช่/เคย Yes	ไม่ใช่/ไม่เคย No
5. เฉพาะสตรีเท่านั้น (FOR WOMEN ONLY) :			
5.1 ท่านกำลังตั้งครรภ์หรือไม่? ถ้าใช่ โปรดระบุอายุครรภ์ Are you pregnant? If yes, please specify number of weeks of the pregnancy สัปดาห์ / Weeks	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5.2 ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยมีโรคหรือความผิดปกติเกี่ยวกับเต้านม มดลูก รังไข่ ท่อรังไข่ ปากมดลูก ประจำเดือน ระบบสืบพันธุ์ การตั้งครรภ์หรือการคลอดบุตรรวมถึงภาวะแทรกซ้อน การแท้งบุตร หรือเคยรับการตรวจวินิจฉัยและ/หรือรักษาภาวะมีบุตรยากหรือไม่? If yes, please specify. 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5.3 ท่านเคยคลอดบุตรมาก่อนหรือไม่? Have you had a prior child delivery? ผ่าคลอดทางหน้าท้อง Surgical Delivery/C-Section? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No ปี: year	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
6 ท่านเคยได้รับคำแนะนำให้ตรวจวินิจฉัย ตรวจสุขภาพ หรือวิธีการอื่นใดนอกเหนือจากที่ระบุไว้ข้างต้นหรือไม่? ถ้าใช่โปรดระบุ If yes, please specify. 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
6.1 ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่ ชิการ์ หรือนูรีหรือไม่? ถ้าใช่ ท่านสูบเป็นจำนวนกี่มวนต่อวัน? Do you currently smoke a pipe, cigars or cigarettes? มวน How many sticks do you smoke per day? มวน / Sticks	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
6.2 ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่? ถ้าใช่ โปรดระบุ (จำนวนโดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์) Do you drink alcohol? If yes, please specify (average units per week consumed) 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
7. ท่านเคยได้รับการตรวจพิเศษ เช่น เอ็มอาร์ไอ ซีที สแกน การผ่าตัด หรือหัตถการทางการแพทย์ใดๆ เช่นการส่องกล้องตรวจหรือไม่ 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? 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
8. ถ้าท่านตอบ “ใช่/เคย” ในคำถามที่กล่าวมาในข้อข้างต้นข้อใดข้อหนึ่ง กรุณาให้รายละเอียดในช่องว่างด้านล่าง หรือในเอกสารเพิ่มเติม When you answered “Yes” to any question in this form, please give details in the space below or put on additional paper. 			

ใบคำขอเอาประกันสุขภาพและอุบัติเหตุ "Long Stay Visa"
Application Form for Health and Personal Accident Insurance "Long Stay Visa"



ด้วยแถลงข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ และสมบูรณ์ตามที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ และข้าพเจ้าเข้าใจว่าบริษัท เชื่อตามด้วยแถลงนี้ ข้าพเจ้าเข้าใจว่าค่าเบี้ยประกันภัยที่บริษัท ได้เสนอมานั้นโดยอ้างอิงข้อมูลในใบคำขอเอาประกันภัยข้างต้นนี้ โดยยึดถือว่าข้าพเจ้าและครอบครัวของข้าพเจ้าพำนักอยู่ในประเทศไทยและข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าค่าเบี้ยประกันภัยที่เสนอมานั้นในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ และ/หรือในเอกสารอื่นใด (ถ้ามี) อาจมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่กับข้อมูลสุขภาพ และ/หรือบันทึกประวัติการรักษาของข้าพเจ้า

นอกจากนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท แปซิฟิก คอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจจากบริษัท ร้องขอ หรือทราบข้อมูลหรือถ่ายสำเนาจากบันทึกประวัติการรักษาพยาบาล การตรวจสุขภาพ และ/หรือข้อมูลสุขภาพของข้าพเจ้าได้จากแพทย์โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องราวเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้าจนแล้วเสร็จ สำเนาภาพถ่ายของเอกสารนี้ให้มีผลเช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท 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 company 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.

แผนประกันสุขภาพ (Long Stay Visa Plan)	เอกสารประกอบการพิจารณารับประกันภัย (Document for underwriting)
<ul style="list-style-type: none">Platinum 1Platinum 2Platinum 3Other.....	<ol style="list-style-type: none">สำเนาหนังสือเดินทาง : Copy of passportผลการตรวจสุขภาพตามแบบฟอร์ม สำหรับผู้เอาประกันภัยที่อายุ 65 ปีขึ้นไป : Physician Examination Report when the insured age is 65 years old or over)

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

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)
ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะซึ่งบริษัทมีสิทธิออกคำสั่งสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

WARNING BY OFFICE OF INSURANCE COMMISSION (OIC)
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.

<ul style="list-style-type: none">ประกันภัยตรง Directตัวแทนประกันวินาศภัย Agentนายหน้าประกันวินาศภัย Broker	ใบอนุญาตเลขที่ License No.
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------