



A member of the Pacific Cross Group of Companies



Lifestyle Series
for “**LONG STAY VISA**
NON-IMMIGRANT VISA O-X”

Experience Matters

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"/> อื่น ๆ : Other.....		เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง : ID / Passport No.	
ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย : Family Name		
ชื่อ : First Name		วันหมดอายุ : Expiry Date	
ชื่อกลาง : Middle Name		
วันที่เริ่มต้นประกันภัย : Policy Commencement Date		
DD - MM - YYYY		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.)	ส่วนสูง (ซม.) : Height (cm.)
วัน/เดือน/ปีเกิด (ค.ศ.) : Date of Birth	DD - MM - YYYY	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) <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.	
1. เลือกแผนความคุ้มครอง (Select your Protection Plan)			เบี้ยมาตรฐาน (Base Premium) บาท/Baht
O-X VISA PLANS			
<input type="radio"/> Platinum 1	<input type="radio"/> Platinum 2	<input type="radio"/> Platinum 3	

รายละเอียดผู้รับประโยชน์ (ตามที่ระบุในบัตรประจำตัวประชาชนหรือหนังสือเดินทาง) Beneficiary Details and Relationship to Insured (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		วัน/เดือน/ปีเกิด (ค.ศ.) : Date of Birth		
นามสกุล : Family Name		สัญชาติ : Nationality		
ชื่อ : First Name		DD - MM - YYYY		
ชื่อย่อ : Middle Name				
ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย : Relationship to the Applicant		เพศ : Gender		
<input type="radio"/> คู่สมรส:Spouse <input type="radio"/> บุตร:Child <input type="radio"/> อื่นๆ:Other.....		<input type="radio"/> ชาย : Male <input type="radio"/> หญิง : Female		
ที่อยู่ผู้รับประโยชน์ : Beneficiary Full Address		โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ : Contact Phone No.		
ชื่อผู้รับประโยชน์ 1 : Beneficiary Name 2		เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง : ID / Passport No.		
นามสกุล : Family Name		วัน/เดือน/ปีเกิด (ค.ศ.) : Date of Birth		
ชื่อ : First Name		สัญชาติ : Nationality		
ชื่อย่อ : Middle Name		DD - MM - YYYY		
ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย : Relationship to the Applicant		เพศ : Gender		
<input type="radio"/> คู่สมรส:Spouse <input type="radio"/> บุตร:Child <input type="radio"/> อื่นๆ:Other.....		<input type="radio"/> ชาย : Male <input type="radio"/> หญิง : Female		
ที่อยู่ผู้รับประโยชน์ : Beneficiary Full Address		โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ : Contact Phone No.		
2. ค่าเบี้ยประกันรายปี (Annual Premium)				
เบี้ยประกันสุทธิ (Net Premium Sub-Total)		(บาท : Baht)		
อากรแสตมป์ 0.4% (Stamp Duty 0.4%)		(บาท : Baht)		
เบี้ยประกันรวม (Total Premium)		(บาท : Baht)		
Important Note	*การเลือกเข้ารักษาในกลุ่มประเทศอเมริกาเหนือ ญี่ปุ่น ฮองกง สิงคโปร์ กลุ่มสหภาพยุโรป และสวิตเซอร์แลนด์ ผลประโยชน์นี้จะพิจารณาเป็นรายๆ โดยบริษัทของวงวนสิทธิ์ที่จะพิจารณารับเงื่อนไข 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)				
กรุณาตอบคำถามด้านล่างนี้ หากข้อใดตอบ "ใช่/เคย" กรุณาระบุชื่อและที่อยู่ของโรงพยาบาล หรือคลินิก สภาพการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย และวันที่รักษา สภาพปัจจุบัน 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"/>

แบบสอบถาม - ต่อเนื่อง (Medical Questions - Continued)		ใช่/เคย Yes	ไม่ใช่/ไม่เคย No
<p>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.</p>			
3.1	- อาการปวดศีรษะ ไมเกรน (Headaches, Migraines)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	- โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease or Disorders)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	- ความผิดปกติอื่นๆ ของระบบประสาท (Any other Disease or Disorders of Neurological System)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	- เจ็บหน้าอก โรคหัวใจ (Chest Pain / Heart Disease)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	- ใจสั่น (Palpitations)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	- หัวใจเต้นผิดปกติ (Arrhythmias)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	- ความผิดปกติของปอด หัวใจ ระบบไหลเวียนโลหิต (Any Disorders of Lungs, Heart or Blood Circulation System)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	- เส้นเลือดขอด (Varicose Veins)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	- เบาหวาน (Diabetes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	- ความดันโลหิตสูง (Hypertension)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	- ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ (Dyslipidemia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	- โรคเลือด ฮอร์โมน หรือต่อมต่างๆ ของร่างกาย (Blood Disease, Hormonal or Glandular Disease)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.2	- ระบบทางเดินหายใจ (Respiratory System)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	- ถุงลมโป่งพอง (Emphysema)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	- ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	- หอบหืด (Asthma)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	- หลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้น (Bronchial Hyper responsiveness)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	- ภูมิแพ้ทางเดินหายใจ (Respiratory Allergy)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	- ปัญหาด้านการหายใจอื่นๆ โปรดระบุ (Any other Breathing Problems, please specify)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.3	- โรคจิต (Psychosis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	- โรจิตเวช (Psychiatric Disorders)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	- เครียด วิตกกังวล นอนไม่หลับ (Stress, Anxiety, Insomnia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	- อารมณ์แปรปรวน (Mood Disorder)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	- ตื่นตระหนก (Panic Disorders)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	- ซึมเศร้า (Depression)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.4	- ชัก หรือลมบ้าหมู (Seizures or Epilepsy)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	- เป็นลม หมืดสติ (Fainting or Black-out Spells)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.5	- ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหารและลำไส้ (Gastrointestinal Problems)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	- กรดไหลย้อน (GERD - Acid Reflux)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	- แผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้ เลือดออกในทางเดินอาหารและลำไส้ (Stomach or Intestinal Ulcers, Gastrointestinal Bleeding)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	- ลำไส้แปรปรวน ลำไส้อักเสบ โรคถุงผนังของลำไส้ (IBS, Inflammatory Bowel Disease (IBD), Diverticular Disease)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	- ตับอ่อนอักเสบ ตับอักเสบ ไขมันพอกตับ (Pancreatitis, Hepatitis, Fatty Liver)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	- โรคของถุงน้ำดี นิ่วในถุงน้ำดี ท่อทางเดินน้ำดี (Gallbladder Disease, Gallstones, Bile Duct Disease)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	- โลหิตจาง (Anemia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	- ไส้เลื่อน, ริดสีดวง (Hernias, Hemorrhoid)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	- แพ้อาหาร (Food Allergy)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	- ความผิดปกติอื่นๆ ของกระเพาะอาหาร ตับ หรือลำไส้ (Other Disorders of Stomach, Liver or Intestines)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.6	- ความผิดปกติของต่อมลูกหมาก หรือ ระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ (Disorders of Prostate or Genitourinary Tract)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	- ความผิดปกติของไต ท่อไต (Disorders of Kidneys, Ureters)	<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 เอดส์ กลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ 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, Rheumatoid)	<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 ฝืด ตุ่ม (Any Skin Condition, Atopic Dermatitis, Urticaria, Moles, Lumps, Rash)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.9	- อาการความผิดปกติเกี่ยวกับตา หู จมูก โพรงไซนัส หรือคอ (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"/>

แบบสอบถาม - ต่อเนื่อง (Medical Questions - Continued)				ใช่/เคย Yes	ไม่ใช่/ไม่เคย No
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 ในระยะเวลา 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)	
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				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.2 ในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยมีโรคหรือความผิดปกติเกี่ยวกับเต้านม มดลูก รังไข่ ท่อนำไข่ 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.				<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 Have you ever been advised to have any medical test, medical check-up or procedure other than as noted above? If yes, please specify.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.1 ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่หรือซิการ์ หรือสูบหรือไม่? ถ้าใช่ ท่านสูบเป็นจำนวนกี่มวนต่อวัน? มวน Do you currently smoke a pipe, cigars or cigarettes? How many sticks do you smoke per day? 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 หรือไม่ เช่น การส่องกล้องตรวจ ถ้าใช่ 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.					

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

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

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อมูลของข้าพเจ้า และข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อหรือต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (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
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)
Guardian's Signature
(Applicant on behalf of a Minor)

.....
วัน/เดือน/ปี
Date/Month/Year

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 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.

- ประกันภัยตรง Direct
 ตัวแทนประกันวินาศภัย Agent
 นายหน้าประกันวินาศภัย Broker

ใบอนุญาตเลขที่
License No.
Broker/Agent Code

บริษัท แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน)

152 อาคารชาร์เตอร์ด์สแควร์ ชั้น 21 ห้อง 21-01 ถนนสาทรเหนือ แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

Pacific Cross Health Insurance PCL

152 Chartered Square Building, 21st Floor, Room 21-01, North Sathorn Road, Silom, Bangrak, Bangkok 10500

T: +66 2 401 9189 | F: +66 2 401 9187 | E: contactus@th.pacificcrosshealth.com | www.pacificcrosshealth.com

Application Form Rev. January/2020 | 05