

ใบคำขอเอาประกันภัย (ฉบับเต็ม)

กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุ “นิวโนร์มอล ไลฟ์สไตล์ ซีรีส์”

Application Form for Health and Personal Accident Insurance “New Normal Lifestyle Series”

ประเภทของผู้ขอเอาประกันภัย / Type of Insured				
<input type="radio"/> ผู้ขอเอาประกันภัยหลัก : Insured <input type="radio"/> คู่สมรสของผู้ขอเอาประกันภัยหลัก : Spouse of Insured (ระบุชื่อ-นามสกุลคู่สมรสของผู้เอาประกันภัยหลัก : Name of Spouse of Insured) <input type="radio"/> บุตรของผู้ขอเอาประกันภัยหลัก : Child of Insured (ระบุชื่อ-นามสกุลบุตรของผู้เอาประกันภัยหลัก : Name of Child of the Main Insured) <input type="radio"/> บุตรของคู่สมรสของผู้ขอเอาประกันภัยหลัก : Spouse's child of Insured (ระบุชื่อ-นามสกุลบุตรของคู่สมรสของผู้เอาประกันภัยหลัก : Name of Spouse's child of Insured)				
รายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัย (ตามที่ระบุในบัตรประจำตัวประชาชนหรือหนังสือเดินทาง) Applicant's Details (as stated on ID Card or Passport)			PCHI ID No. <input type="text"/>	
<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 Full Name			วันหมดอายุ : Expiry Date	
ชื่อ : First Name ชื่อกลาง : Middle Name นามสกุล : Family Name			DD - MM - YYYY	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	
วันที่เริ่มต้นประกันภัย : Policy Commencement Date DD - MM - YYYY				
เพศ : Gender		สถานภาพ : Marital Status		
<input type="radio"/> ชาย : Male <input type="radio"/> หญิง : Female		<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.)	รอบเอว (ซม.) : Waist (cm.)
วัน/เดือน/ปีเกิด (ค.ศ.) : Date of Birth DD - MM - YYYY	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
อาชีพ : Occupation	ตำแหน่ง : Position		ลักษณะงานที่ทำ : Type of Work	
(หากเกษียณอายุแล้วกรุณาระบุอาชีพล่าสุด) (If retired please specify your last occupation)	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
ที่อยู่ปัจจุบัน : Current Address				
<input type="text"/>				
ชื่อและที่อยู่ สถานที่ทำงาน : Company Name, Work Address				
<input type="text"/>				
ที่อยู่ที่ต้องการให้ติดต่อ (โปรดระบุ) : Contact Address (Please identify) <input type="radio"/> ที่อยู่ปัจจุบัน : Current Address <input type="radio"/> ที่อยู่ทำงาน : Work Address				
โทรศัพท์มือถือ : Mobile Number		โทรศัพท์บ้าน : Telephone Number		อีเมล : E-mail
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
รายละเอียดเลขที่บัญชีสำหรับการจ่ายผลประโยชน์ : 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)		
ชื่อผู้รับประโยชน์ 1 : Beneficiary Name 1 <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..... ชื่อ : First Name ชื่อกลาง : Middle Name นามสกุล : Family Name <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		เลขประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทาง : ID / Passport No. อีเมล : E-mail
เพศ : Gender <input type="radio"/> ชาย : Male <input type="radio"/> หญิง : Female		สัญชาติ : Nationality
ที่อยู่ผู้รับประโยชน์ : Beneficiary Full Address		
วัน/เดือน/ปีเกิด (ค.ศ.) : Date of Birth <u>DD - MM - YYYY</u>	โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ : Contact Phone No.	ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย : Relationship to the Applicant <input type="radio"/> คู่สมรส : Spouse <input type="radio"/> บุตร : Child <input type="radio"/> อื่น ๆ : Other
ชื่อผู้รับประโยชน์ 1 : Beneficiary Name 2 <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..... ชื่อ : First Name ชื่อกลาง : Middle Name นามสกุล : Family Name <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		เลขประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทาง : ID / Passport No. อีเมล : E-mail
เพศ : Gender <input type="radio"/> ชาย : Male <input type="radio"/> หญิง : Female		สัญชาติ : Nationality
ที่อยู่ผู้รับประโยชน์ : Beneficiary Full Address		
วัน/เดือน/ปีเกิด (ค.ศ.) : Date of Birth <u>DD - MM - YYYY</u>	โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ : Contact Phone No.	ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย : Relationship to the Applicant <input type="radio"/> คู่สมรส : Spouse <input type="radio"/> บุตร : Child <input type="radio"/> อื่น ๆ : Other
1. เลือกแผนความคุ้มครอง (Select your Protection Plan)		เบี้ยมาตรฐาน (Base Premium) บาท/Baht
<input type="radio"/> Standard <input type="radio"/> Premier <input type="radio"/> Maxima <input type="radio"/> Ultima <input type="radio"/> Standard Plus <input type="radio"/> Premier Plus <input type="radio"/> Maxima Plus <input type="radio"/> Ultima Plus <input type="radio"/> Standard Extra		
2. เลือกส่วนลดเบี้ยประกัน (Premium Discount Options)		
ความคุ้มครองผู้ป่วยนอก (OPD Benefit)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> ความรับผิดชอบส่วนแรก 20,000 บาท (THB 20,000 Deductible)	- 15%
	<input type="radio"/> ความรับผิดชอบส่วนแรก 40,000 บาท (THB 40,000 Deductible)	- 25%
	<input type="radio"/> ความรับผิดชอบส่วนแรก 100,000 บาท (THB 100,000 Deductible)	- 32.5%
	<input type="radio"/> ความรับผิดชอบส่วนแรก 200,000 บาท (THB 200,000 Deductible)	- 40%
	<input type="radio"/> ความรับผิดชอบส่วนแรก 300,000 บาท (THB 300,000 Deductible)	- 50%
	<input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> คุ้มครอง/Cover <input type="radio"/> ไม่คุ้มครอง/Not Cover	
	ความคุ้มครองทางจักษุ/Vision Benefit <input type="radio"/> คุ้มครอง/Cover <input type="radio"/> ไม่คุ้มครอง/Not Cover	
	<input type="radio"/> ซื้อเพิ่มประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล / 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. *บริษัทขอสงวนสิทธิ์ที่จะพิจารณารับหรือปฏิเสธเงื่อนไข *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)

แบบสอบถาม (Medical Questions)

กรุณาตอบคำถามด้านล่างนี้ หากข้อใดตอบ “ใช่/เคย” กรุณาระบุชื่อและที่อยู่ของโรงพยาบาล หรือคลินิก สถานพยาบาลเจ็บหรือการป่วย วันที่รักษา สภาพปัจจุบัน หรือการติดตามการรักษาและข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโปรดระบุเพิ่มเติมในข้อ 8

Kindly answer the questions below. For each “Yes” answer, please identify the provider’s name (hospital or clinic), along with the; address, injury or illness condition, date of treatment, current clinical treatment or follow – ups and other relevant information. Please Specify in Question 8

1. ขณะนี้ท่านได้รับความคุ้มครองจากกรมธรรม์ประกันสุขภาพใดๆ หรือไม่? (**ถ้ามี** กรุณาแนบสำเนากรมธรรม์ประกันภัย และตารางกรมธรรม์ประกันภัย)

Are you currently covered by any other Health Insurance policy? (**If Yes**, please enclose a copy of the policy and benefit schedule)

ไม่ใช่/ไม่เคย (No)

ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

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

ไม่ใช่/ไม่เคย (No)

ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

3. ท่านเคยมีอาการ หรือได้รับคำแนะนำ หรือได้รับการวินิจฉัย หรือได้รับการบำบัดรักษาเกี่ยวกับโรคหรือความผิดปกติดังต่อไปนี้ หรือไม่?

โปรดขีดเส้นใต้โรคหรือความผิดปกติ

Have you ever had symptoms of, or been made aware of, or diagnosed with, or treated for any diseases or disorders of any of the following?

Please underline the specific diseases or disorders.

3.1 - อาการปวดศีรษะ ไมเกรน (Headaches, Migraines)

ไม่ใช่/ไม่เคย (No)

ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- โรคและความผิดปกติของต่อมใต้สมอง (Pituitary gland Diseases or Disorders)

ไม่ใช่/ไม่เคย (No)

ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- ชัก หรือ ลมบ้าหมู (Seizures or Epilepsy)

ไม่ใช่/ไม่เคย (No)

ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- โรคพาร์กินสัน (Parkinson’s Disease)

ไม่ใช่/ไม่เคย (No)

ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- เป็นลม หรือ หมดสติ (Fainting or Blackout Spells)

ไม่ใช่/ไม่เคย (No)

ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- โรคหรือความผิดปกติอื่นๆ ของระบบประสาท (Any other Neurological System Diseases or Disorders)

ไม่ใช่/ไม่เคย (No)

ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- เจ็บหน้าอก (Chest Pain)

ไม่ใช่/ไม่เคย (No)

ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- โรคหัวใจ (Heart Disease)

ไม่ใช่/ไม่เคย (No)

ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- ใจสั่น (Palpitations)

ไม่ใช่/ไม่เคย (No)

ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- หัวใจเต้นผิดปกติ (Cardiac Arrhythmias)

ไม่ใช่/ไม่เคย (No)

ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- โรคและความผิดปกติของปอด หัวใจ ระบบไหลเวียนโลหิต (Any Lungs, Heart, Blood Circulation System Diseases or Disorders)

ไม่ใช่/ไม่เคย (No)

ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- เส้นเลือดขด ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (Varicose Veins, Embolism, Vein Thrombosis)

ไม่ใช่/ไม่เคย (No)

ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- เส้นเลือดขด ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (Varicose Veins, Embolism, Vein Thrombosis)

ไม่ใช่/ไม่เคย (No)

ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- โรคเซลล์เนื้อเยื่ออักเสบ โรคแบคทีเรียกินเนื้อ (Cellulitis, Necrotizing Fasciitis)

ไม่ใช่/ไม่เคย (No)

ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- เบาหวาน หรือระดับน้ำตาลในเลือดสูง ถ้าเคยกรณาระบุการใช้อินซูลิน (Diabetes or High Blood Sugar Levels, Please specify insulin use)

ไม่ใช่/ไม่เคย (No)

ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify) ใช้อินซูลิน (Insulin Injected) ไม่ใช้อินซูลิน (Non Insulin Injected)

.....

แบบสอบถาม (Medical Questions)

	- ความดันโลหิตสูง หรือระดับความดันโลหิตสูง (Hypertension or High Blood Pressure) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)
	- ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ (Dyslipidemia) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)
	- โลหิตจาง (Anemia) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)
	- โรครหรือความผิดปกติของต่อมน้ำเหลือง (Lymph Nodes Diseases or Disorders) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)
	- โรคเลือด ความผิดปกติของฮอร์โมนหรือต่อมไร้ท่อ (Blood Diseases, Hormonal or Endocrine Disorders) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)
3.2	- ต้อกระจก ต้อหิน ต้อลม ต้อเนื้อ (Cataracts, Glaucoma, Pinguecula, Pterygium) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)
	- ความผิดปกติของกระจกตา จอประสาทตา น้ำวุ้นในตา (Cornea, Retinas, Vitreous Disorders) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)
	- ตาบอดหรือสูญเสียการมองเห็น (Blindness or Visual Loss) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)
	- โรครหรือความผิดปกติอื่นๆ ของตา โปรดระบุ (Any other Eye or Eyelid Disorders, Please specify) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)
3.3	- โรครหรือความผิดปกติของทอนซิล ไชนัส (Tonsil, Sinus Diseases or Disorders) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)
	- โรครหรือความผิดปกติของหู คอ จมูก รวมถึงความผิดปกติที่เกี่ยวข้องของระบบโครงสร้าง (Ears, Throat, Nose Diseases or Disorders, including Related Abnormal Structures) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)
	- ภูมิแพ้ทางเดินหายใจ (Respiratory Allergy) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)
	- ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ถุงลมโป่งพอง (COPD, Emphysema) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)
	- หอบหืด หลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้น (Asthma, Bronchial hyperresponsiveness) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)
	- วัณโรคปอด (Pulmonary Tuberculosis) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)
	- โรครปอดอักเสบ ไอเรื้อรัง ไอเป็นเลือด ภาวะลมในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pneumonia, Chronic Cough, Hemoptysis, Pneumothorax) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)
	- ประวัติติดเชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ (Post COVID-19 infection) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)
	- โรครหรือความผิดปกติอื่นๆ ของระบบการหายใจ โปรดระบุ (Any other Respiratory Diseases or Disorders, Please specify) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)
3.4	- โรครจิต (Psychosis) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)
	- เครียด วิตกกังวล ย้ำคิดย้ำทำ (Stress, Anxiety, Obsessive Compulsive Disorders) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)
	- นอนไม่หลับ (Insomnia) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)
	- อารมณ์แปรปรวน (Mood Disorders) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

แบบสอบถาม (Medical Questions)

	<p>- ตื่นตระหนก (Panic Disorders) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)</p> <p>- โรคลกลัว (Phobic Disorders) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)</p> <p>- ซึมเศร้า มีความคิดหรือพยายามทำร้ายตัวเองพยายามฆ่าตัวตาย (Depression, Self-harm Ideas or Attempted Suicide) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)</p> <p>- โรคสมาธิสั้น ออทิสติก ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Autistic Disorder, Intellectual Disability) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)</p> <p>- การใช้ หรือ การติดสารเสพติดให้โทษ หรือสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (Use or Addition of Drugs or Psychotropic Substances) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)</p>
3.5	<p>- กรดไหลย้อนหลอดอาหาร กรดไหลย้อน (Gastro Esophageal Reflux Disease (GERD), Acid Reflux) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)</p> <p>- แผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้ เลือดออกในระบบทางเดินอาหาร (Stomach or Intestinal Ulcers, Gastrointestinal Bleeding) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)</p> <p>- ลำไส้แปรปรวน ลำไส้อักเสบเรื้อรัง โรคถุงผนังลำไส้อักเสบ ลำไส้อุดตัน โรคโครห์น (Irritable Bowel Syndrome (IBS), Inflammatory Bowel diseases (IBD), Diverticular Disease, Intestinal Obstruction, Crohn's Disease) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)</p> <p>- โรคตับแข็ง ตับอ่อนอักเสบ ตับอักเสบ ไขมันพอกตับ (Cirrhosis, Pancreatitis, Hepatitis, Fatty Liver) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)</p> <p>- โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคตับอักเสบจากแอลกอฮอล์ ท้องมาน (Alcoholism, Alcoholic Hepatitis, Ascites) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)</p> <p>- โรคของถุงน้ำดี นิ่วในถุงน้ำดี ความผิดปกติของท่อทางเดินน้ำดี (Gallbladder Diseases, Gallstones, Bile Duct Disorder) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)</p> <p>- ดีซ่าน (Jaundice) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)</p> <p>- ไส้เลื่อน (Hernias) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)</p> <p>- ริดสีดวง แผลที่ขอบทวาร โรคฝีคัณฑสูตร (Hemorrhoids, Anal Fissure, Anal Fistula) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)</p> <p>- แพ้อาหาร (Food allergy) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)</p> <p>- โรคหรือความผิดปกติอื่น ๆ ของหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ตับ หรือลำไส้ โปรดระบุรายละเอียด (Other Esophagus, Stomach, Liver or Intestine Diseases or Disorders, please specify) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)</p>
3.6	<p>- โรคและความผิดปกติของไต ท่อไต กระเพาะปัสสาวะ (Kidneys, Ureters, Bladder Diseases or Disorders) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)</p> <p>- นิ่วที่ไต นิ่วในท่อไต นิ่วในกระเพาะปัสสาวะ (Kidney Stones, Ureteral Stones, Bladder Stones) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)</p> <p>- โรคและความผิดปกติของต่อมลูกหมาก หรือ ระบบสืบพันธุ์ (Prostate or Genital System Diseases or Disorders) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)</p>
3.7	<p>- ปวดคอ ปวดบ่าหรือไหล่ ปวดหลังส่วนบนหรือหลังส่วนล่าง (Neck Pain, Shoulder Pain, Upper Back or Lower Back Pain) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)</p> <p>- ภาวะปวดเรื้อรัง (Fibromyalgia) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)</p> <p>- กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืด (Myofascial Pain Syndrome) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)</p>

แบบสอบถาม (Medical Questions)	
	<p>- หมอนรองกระดูกเคลื่อน หรือหมอนรองกระดูกเคลื่อนกดทับเส้นประสาท (Bulging or Herniated Discs) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)</p> <p>- โรคหรือความผิดปกติของกล้ามเนื้อ ข้อต่อหรือกระดูก (Muscle, Joint or Bone Diseases or Disorders) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)</p> <p>- อาการปวดข้อ ข้ออักเสบ ข้อเสื่อม (Joint Pain, Arthritis, Degenerative Joints) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)</p> <p>- โรคเกาต์ หรือระดับกรดยูริกในเลือดสูง (Gout or High Uric Acid Level) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)</p> <p>- โรคข้อรูมาตอยด์ (Rheumatoid) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)</p> <p>- โรคหรือความผิดปกติอื่นๆ ของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก โปรดระบุ (Other Musculoskeletal System Diseases or Disorders, please specify) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)</p>
3.8	<p>- โรคเอดส์ (ภูมิคุ้มกันบกพร่องซึ่งเกิดจากเอดส์) กลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ ภาวะเลือดบวกต่อ ไวรัสเอชไอวี (AIDS, AIDS Related Complex, HIV) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)</p> <p>- โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexual Transmitted Disease) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)</p> <p>- ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องซึ่งไม่ได้เกิดจากเอดส์ โรคภูมิคุ้มกันตนเองเยื่อเยื่อของตนเอง (Immunodeficiency, Auto-Immune Disease) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)</p> <p>- โรคแพ้ภูมิตัวเอง (Systemic Lupus Erythematosus (SLE)) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)</p>
3.9	<p>- โรคผิวหนังอักเสบ โรคผื่นผิวหนังอักเสบ ผื่น ลมพิษ (Dermatitis, Eczema, Rash, Urticaria) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)</p> <p>- ภูมิแพ้ผิวหนัง (Atopic Dermatitis) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)</p> <p>- ไฟ ก้อนเนื้อ ตึงเนื้อ กระเนื้อ (Moles, Nodules or Lumps, Skin Tag, Seborrheic Keratosis) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)</p> <p>- โรคหรือความผิดปกติของผิวหนังอื่นๆ โปรดระบุ (Other skin Diseases or Disorders, please specify) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)</p>
3.10	<p>ท่านเคยความบกพร่องแต่กำเนิด ความผิดปกติและพิการที่เป็นมาแต่กำเนิด โรคทางพันธุกรรม โรคและความผิดปกติเรื้อรังอื่นๆ ที่นอกเหนือจากข้อ 3.1 - 3.9 หรือไม่ หากท่านมีโปรดระบุรายละเอียด เช่น คำวินิจฉัยของแพทย์ สาเหตุ อาการ การตรวจ หรือการรักษาที่ได้รับ ผลการรักษา ฯลฯ (Birth Defects, Congenital Anomalies and abnormalities, Genetic Diseases, Any other Chronic Diseases or disorders rather than specify in medical questions number 3.1 - 3.9, if yes please specify diagnosis, etiology, symptom, investigation or treatment, results of treatment, etc.) <input type="radio"/> ไม่ใช่/ไม่เคย (No) <input type="radio"/> ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)</p>
3.11	<p>ท่านเคยมีอาการ ได้รับการปรึกษา ได้รับคำแนะนำ ตรวจ วินิจฉัย และบำบัดรักษาเกี่ยวกับมะเร็ง ซีสต์ ก้อนหรือเนื้องอก ก้อนเนื้อ หรือไม? Have you ever had symptoms, been consulted, advised, investigated, diagnosed, or treated for malignancies (cancer), cyst, mass or tumor, lump or nodule? <input type="radio"/> ไม่ (No) <input type="radio"/> ใช่ (Yes) โปรดระบุปี (Please specify years)</p> <p>ประเภท/ชนิด (Type/kind) อวัยวะ (Organ)</p> <p><input type="radio"/> ยังมืออยู่/เป็นอยู่/กำลังรักษา โปรดระบุชนิดของการรักษา (Currently being treated, please specify the type of treatment)</p> <p><input type="radio"/> ผ่าตัด/รักษาหายแล้ว โปรดระบุวิธีการรักษา (Removed/Cured, please specify type of treatment)</p> <p>.....</p> <p>โปรดระบุวันที่ทำการรักษาและติดตามรักษาครั้งสุดท้าย (Please specify the treatment date and last follow up visit)</p> <p>ผลชิ้นเนื้อ (Biopsy/pathological result)</p>

แบบสอบถาม (Medical Questions)							
3.12	<p>ขณะนี้ท่านกำลังได้รับยาหรือการรักษาอื่นๆ ตามคำแนะนำหรือได้รับการสั่งจ่ายยาโดยแพทย์หรือไม่? ถ้าใช่ โปรดระบุ</p> <p>Are you currently undergoing medications or treatment, recommended or has been prescribed by a physician? If yes, please specify.</p> <p><input type="radio"/> ไม่ (No)</p> <p><input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุ (Yes, please specify)</p>						
4.	<p>ท่านเคยเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม คลินิก หรือ สถานพักฟื้นหรือไม่? ถ้าใช่ โปรดระบุชื่อและที่อยู่ของสถานพยาบาล การบาดเจ็บหรือ การป่วย วันที่รับการรักษา ระยะเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล และประเภทการเข้ารับบริการ (ผู้ป่วยใน/ผู้ป่วยนอก)</p> <p>Have you ever been treated at a hospital, medical center, clinic or sanitarium? If yes, please provide the name and address of the healthcare provider, the injury or illness, date of treatment, length of stay for hospitalization, and department of services (Inpatient/Outpatient)</p> <p><input type="radio"/> ไม่ (No)</p> <p><input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุ (Yes, please specify)</p>						
วัน/เดือน/ปี ที่รักษา Treatment Date (DD/MM/YYYY)	ผู้ป่วยใน/ผู้ป่วยนอก โปรดระบุ IPD/OPD (Please Specify)	ระยะเวลาที่พักรักษาตัว ในโรงพยาบาล (Length of Stay for hospitalization)	ชื่อสถานพยาบาล (Medical Provider Names)	คำวินิจฉัยโรค (Diagnosis)	การรักษา (Treatment)	วันที่ติดตามการรักษา ครั้งล่าสุด (Latest Follow-up date)	
5. เฉพาะสตรีเท่านั้น (FOR WOMEN ONLY) :						ไม่ใช่/ไม่เคย No	
5.1	<p>ท่านกำลังตั้งครรภ์อยู่หรือไม่? : Are you currently pregnant? ถ้าใช่ โปรดระบุอายุครรภ์ : If yes, please specify number of weeks of the pregnancy สัปดาห์/Weeks</p>					<input type="radio"/>	
5.2	<p>ท่านเคยมีโรคหรือความผิดปกติเกี่ยวกับเต้านม มดลูก รังไข่ ท่อรังไข่ ปากมดลูก ประจำเดือน ระบบสืบพันธุ์ การตั้งครรภ์หรือ การคลอดบุตรรวมถึงภาวะแทรกซ้อน การแท้งบุตร หรือเคยรับการตรวจวินิจฉัยและ/หรือรักษาภาวะ มีบุตรยากหรือไม่? ถ้าใช่ โปรดระบุรายละเอียด คำวินิจฉัย การรักษา ปีที่รักษา</p> <p>Have you had any diseases or disorders of the breast, uterus, ovaries, fallopian tubes, cervix, menstruation, reproductive system, pregnancy or childbirth, including complications, abortion or miscarriage or have been diagnosed and/or treated for infertility? If yes, please specify diagnosis, treatment, and when</p> <p>.....</p>					<input type="radio"/>	
5.3	- ท่านเคยคลอดบุตรมาก่อนหรือไม่? : Have you ever had a prior child delivery?					<input type="radio"/>	<input type="radio"/> ปี/Year
	- ท่านเคยผ่าคลอดทางหน้าท้องใช่หรือไม่? : Have you ever had a C-Section?					<input type="radio"/>	<input type="radio"/> ปี/Year
6.	<p>ท่านเคยได้รับคำแนะนำให้ตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์ ตรวจสุขภาพร่างกาย หรือทำหัตถการเพื่อตรวจวินิจฉัยอื่นใดนอกเหนือจากที่ระบุไว้ข้างต้น รวมถึงการตรวจสุขภาพหรือตรวจร่างกายประจำปี หรือไม่? ถ้าใช่ โปรดระบุ และแนบผลตรวจสุขภาพ หรือตรวจร่างกายดังกล่าว)</p> <p>Have you ever been advised to have any medical tests, health and physical check-ups or procedure to investigate other than as noted above, including annual check-ups? (If yes, please specify and enclose the medicate or physical examination report)</p> <p><input type="radio"/> ไม่ (No)</p> <p><input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุ (Yes, please specify)</p>						
6.1	<p>ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่ ชิการ์ หรือบุหรี่หรือไม่? ถ้าใช่ โปรดระบุจำนวนที่มวนต่อวัน?</p> <p>Do you currently smoke a pipe, cigars or cigarettes? How many sticks do you smoke per day?</p> <p><input type="radio"/> ไม่ (No)</p> <p><input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุ (Yes, please specify) มวนต่อวัน / Sticks per day (หากเลิกสูบแล้ว กรุณาระบุเหตุผล จำนวนมวนต่อวัน และจำนวนปีที่สูบ) (If you already quitted smoking, please specify the reason, quantity per day and how long did you smoke?)</p> <p>.....</p>						
6.2	<p>ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่? <input type="radio"/> ไม่ (No) <input type="radio"/> ใช่ (Yes)</p> <p>ถ้าใช่ โปรดระบุชนิดของแอลกอฮอล์ที่ท่านดื่ม และจำนวนโดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์</p> <p>Do you drink alcohol? If yes, please specify alcohol type and average units per week consumed units per week.</p>						

แบบสอบถาม (Medical Questions)

7. ท่านเคยได้รับการตรวจพิเศษ เช่น เอ็มอาร์ไอ ซีที สแกน การผ่าตัด หรือหัตถการทางการแพทย์ใดๆ หรือไม่ เช่น การส่องกล้องตรวจ
ถ้าเคยโปรดระบุรายการหัตถการ วันที่ตรวจ และผลตรวจ กรุณแนบผลการตรวจพิเศษดังกล่าว
Have you ever had any special medical examination (such as MRI, CT Scan), or any surgical or procedures e.g. endoscopy? **If yes**, please specify a list of procedures, when was this completed, and what were the results? Please enclose the special medicate examination report
 ไม่ (No)
 ใช่ โปรดระบุ (Yes, please specify)
8. ถ้าท่านตอบ “ใช่/เคย” ในคำถามที่กล่าวมาในข้อข้างต้นข้อใดข้อหนึ่ง กรุณาให้รายละเอียดในช่องว่างด้านล่าง หรือระบุในเอกสารเพิ่มเติม
When you answered “Yes” to any questions in this form, please provide details in the space below or include on an additional piece of paper.
.....
9. ปัจจุบันท่านกำลังป่วยหรือมีอาการผิดปกติ (อาทิเช่น ความเจ็บปวด ก้อนเนื้ออก ภาวะเลือดออกผิดปกติ หรืออื่นๆ)
ที่ยังมิได้เข้ารับการรักษารักษาหรือปรึกษาจากแพทย์หรือไม่
Are currently sick or have any abnormal symptoms (such as pain, lump, bleeding disorder, etc.)
that has not been treated or consulted from a doctor?
 ไม่ (No)
 ใช่ โปรดระบุ (Yes, please specify)

คำรับรองของผู้เอาประกันภัย

เป็นที่ตกลงกันระหว่างผู้เอาประกันภัยและบริษัท ว่ากรมธรรม์ประกันภัยนี้จะไม่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันภัยสำหรับการบาดเจ็บหรือการป่วยซึ่งเกิดขึ้นโดยตรง หรือสืบเนื่องมาจาก หรือเป็นอาการแทรกซ้อนของการบาดเจ็บหรือการป่วยใดๆ ที่ผู้เอาประกันภัยได้แถลงไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้หรือที่บริษัทยกเว้นตามที่ได้ในเอกสารแนบท้ายยกเว้นความคุ้มครองเฉพาะโรค ซึ่งผู้เอาประกันภัยได้รับทราบและยินยอมตามเงื่อนไขทุกประการ โดยบริษัทจะออกเอกสารแนบท้ายยกเว้นความคุ้มครองเฉพาะโรคนั้นๆ เป็นการเฉพาะ)

The Applicant hereby requests the Company to provide the insurance policy together with the terms and conditions according to their standard policy and the Application declares that the above statements are complete and true. The Applicant agrees 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 agrees to let the Company void this insurance policy.

ผู้เอาประกันภัยมีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และผู้เอาประกันภัยขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ผู้เอาประกันภัยตกลงที่จะให้ใบคำขอเอาประกันภัยนี้เป็นหลักฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างผู้เอาประกันภัยและบริษัท หากรายละเอียดของผู้เอาประกันภัยเป็นเท็จ หรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ผู้เอาประกันภัยยินยอมให้บริษัท บอกละเมิดสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ผู้เอาประกันภัยขอมอบอำนาจแก่ บริษัท แพซิฟิค ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียด ซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของผู้เอาประกันภัยจากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์การอื่นใดที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับผู้เอาประกันภัยหรือสุขภาพของผู้เอาประกันภัย รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือด เพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV เพื่อการพิจารณาการจ่ายผลประโยชน์

The Applicant, besides this, assigns the Company to request any kind of information regarding their personal health treatment or health condition records from any physician, hospital, clinic or any other organization which has any of their health information or records including the testing results of HIV for the payment of benefits and/or compensation.

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็น และไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายผลประโยชน์นั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้

The Company has the right to medically examine any Applicant who is claiming a 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 does not allow the Company to investigate his/her claim or does not give permission to access his/her medical records or diagnosis, the Company reserves the right not to pay such claims

ผู้เอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (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.

ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะเลือกรับกรมธรรม์ประกันภัยผ่านช่องทางใด : Would you like to receive the insurance which channel?

- รับเป็น e-policy ทางอีเมลล์ (Email) ที่ระบุไว้ : Your e-policy will be emailed to you
 รับเป็นเอกสาร โดยส่งให้ทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ระบุ : Your policy will send to you by your address

สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ (Tax Deduction)

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

มีความประสงค์ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่สรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

โปรดระบุเลขประจำตัว ผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร 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 Department :

ไม่มีความประสงค์ / No

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

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

การประกันภัยโดยตรง / Direct

ตัวแทนประกันวินาศภัย / Agent

นายหน้าประกันวินาศภัย / Broker

ใบอนุญาตเลขที่

License No.

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้ขอเอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้
ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 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.

บริษัท แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน)

152 อาคารชาร์เตอร์สแควร์ 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