

กรุณาเลือกแผนความคุ้มครอง / Select Your Protection Plan

SMART PLAN : Plan 1 Plan 2 Plan 3 Plan 4

EXCLUSIVE PLAN : Plan 1 Plan 2 Plan 3 Plan 4

ส่วนที่ 1 / SECTION 1

ผู้ขอเอาประกันภัย ชื่อ Applicant's Name เพศ ชาย Male หญิง Female

ที่อยู่ Address รหัสไปรษณีย์ Post Code

บัตรประชาชน / หนังสือเดินทางเลขที่ Identity Card / Passport No. โทร Tel.

ออกให้ ณ เขตหรืออำเภอ Issued at จังหวัด Province/State ประเทศ Country

อายุ Age วัน/เดือน/ ปีเกิด (Date of Birth) ความสูง/ชม Height/cm. น้ำหนัก/กก. Weight/kg. สัญชาติ (Nationality)

ส่วนที่ 2 / SECTION 2

อาชีพปัจจุบัน Occupation ตำแหน่ง Position

ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป Type of Work เงินเดือนปีละ/บาท Annual Income/ /THB รายได้อื่น ๆ ปีละ/บาท Other income per year/THB

ชื่อนายจ้าง Employer's Name กิจกรรมของนายจ้าง Type of Industry

ที่อยู่ Address รหัสไปรษณีย์ Post Code โทร Tel.

ส่วนที่ 3 / SECTION 3

ชื่อผู้รับผลประโยชน์ Beneficiary's Name อายุ Age

ความสัมพันธ์ของผู้รับผลประโยชน์ บิดา Father มารดา Mother สามี Husband ภรรยา Wife บุตร Children อื่น ๆ Other..... โทร Tel.

ที่อยู่ Address รหัสไปรษณีย์ Post Code

ส่วนที่ 4 / SECTION 4

ระยะเวลาขอเอาประกันภัย เริ่มต้นวันที่ Period of Insurance Required : from เวลา at น. Hours สิ้นสุดวันที่ Hours to เวลา 16.30 น. at 16.30 Hours

ส่วนที่ 5 / SECTION 5

ข้อตกลงคุ้มครอง (Insuring Agreement) ทุนประกันภัย (Sum Assured) แผน (Plan) หมายเหตุ (Remark)

ส่วนที่ 6 / SECTION 6

ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหรือถูกปฏิเสธ? Have you ever had an insurance policy cancelled? ไม่เคย No เคย Yes

ถ้าเคยโปรดแจ้ง If yes, please state

ส่วนที่ 7 / SECTION 7

ท่านขับขี่หรือโดยสารจักรยานยนต์หรือไม่? ไม่ เป็นครั้งคราว เป็นประจำ
Do you drive or ride as a passenger on motorcycle? No Occasionally Regularly

ส่วนที่ 8 / SECTION 8

ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่? ไม่เคย เคย ถ้าเคย โปรดระบุ
In the past 5 year, have you been hospitalized overnight for any reason? No Yes if Yes, Please state.....

สำหรับการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล โปรดระบุ ผลการวินิจฉัยโรคหรือการผ่าตัด
For all hospitalizations, please list the diagnoses, surgeries

ระยะเวลาการรักษา โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล
Length of hospitalization Hospital/Clinic

ส่วนที่ 9 / SECTION 9

ท่านมีโรคประจำตัวต่อไปนี้หรือไม่? (โรคลมชัก, อากาการชักกระตุก, เวียนศีรษะ, ปัญหาทางระบบประสาท, โรคหลอดเลือดสมอง, โรคหัวใจ, โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, ปัญหากล้ามเนื้อหลังหรือกระดูก, เจ็บป่วยเรื้อรัง, โรคมะเร็ง, โรคเอดส์)
Have you ever been treated for? (Epilepsy, convulsions, dizziness, any neurologic problems, stroke, heart disease, hypertension, diabetes, back or musculoskeletal problems, any chronic illness, cancer, AIDS or HIV?)

ไม่เคย เคย ถ้าเคย โปรดระบุ
No Yes if Yes, Please state

ส่วนที่ 10 / SECTION 10

ท่านมีโรคประจำตัวนอกจากข้างต้นหรือไม่? ไม่มี มี ถ้ามี โปรดระบุ
Have you been treated for any other disease than the above? No Yes if Yes, Please state.....

ส่วนที่ 11 / SECTION 11

ท่านมีอวัยวะส่วนใดพิการหรือไม่? ไม่มี มี ถ้ามี โปรดระบุ
Do you have any disability to any part of your body? No Yes if Yes, Please state.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ ข้าพเจ้าเข้าใจว่าค่าเบี้ยประกันภัยที่บริษัทฯ ได้เสนอมาตามข้อมูลในใบคำขอเอาประกันภัยข้างต้นนี้ ได้เสนอราคาโดยยึดถือว่าข้าพเจ้าและครอบครัวของข้าพเจ้าทำนกออาศัยอยู่ในประเทศไทย หากถ้อยแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้ บริษัท แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) ในการร้องขอ หรือทราบข้อมูล หรือถ่ายสำเนาจากบันทึกประวัติการรักษาพยาบาล และสุขภาพร่างกายของข้าพเจ้าได้จากแพทย์โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์กรอื่นใดที่มีบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้าเสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำเอง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือมอบอำนาจนี้ให้มีผลสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ / All the above statements are true and complete to the best of my knowledge and belief and I understand that the company, believing them to be such, will rely on them. I further understand that the premiums quoted above, or elsewhere, unless otherwise advised by Pacific Cross Health Insurance PCL, are quoted in respect of me and my family being resident in Thailand. I do hereby appoint Pacific Cross Health Insurance PCL, as the Attorney-in-face to request copies or any kind of information regarding my health records or health condition from any physician, health care provider, or any organization on my behalf until completion. A photocopy of this statement shall be as effective and valid as the original.

For office use only / สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทฯ	ชื่อตัวแทน/นายหน้า (Broker/Agent Name)
	รหัสตัวแทน/นายหน้า (Broker/Agent Code)

.....
ลงลายมือชื่อผู้สมัคร
(Applicant's Signature)

วันที่.....เดือน.....ปี.....
(Date) (Month) (Year)

Please Attach (กรุณาแนบเอกสาร)

- | | |
|---|---|
| - Insured (ผู้เอาประกัน) | - Beneficiary (ผู้รับผลประโยชน์) |
| 1. Copy of ID Card/Passport (สำเนาบัตรประชาชน) | 1. Copy of ID Card/Passport (สำเนาบัตรประชาชน) |
| 2. Copy of Residence Certificate (สำเนาทะเบียนบ้าน) | 2. Copy of Residence Certificate (สำเนาทะเบียนบ้าน) |

WARNING BY OFFICE OF INSURANCE COMMISSION.

คำเตือนโดยสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ผู้ขอเอาประกันภัยกรุณาตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดหรือแถลงความจริงเท็จใด ๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 หากมีข้อสงสัยใด ๆ เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยนี้ โปรดติดต่อขอคำแนะนำได้จากสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) / The applicant must truthfully answer all questions. Any concealment or misrepresentation of the truth may result in the insurance company refusing to honour insurance claims, as per clause 865 of the Civil and Commercial Code. If you have any queries regarding this insurance policy, please contact the Office of Insurance Commission.