

ข้อมูลส่วนตัวผู้ขอเอาประกันภัย / Applicant's Details

ข้าพเจ้า ชื่อ/Name นามสกุล/Surname

เพศ/Gender ชาย/Male หญิง/Female วันเดือนปีเกิด/Date of Birth /..... /..... อายุ/Age ปี/Years

เลขประจำตัวประชาชน/ID No. อาชีพ/Occupation

ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป/Type of Work

เงินเดือน ค่าจ้าง ปีละ/Annual Income รายได้อื่นๆ ปีละ/Other income per year

ที่อยู่ปัจจุบัน/Current Address

โทรศัพท์ที่บ้าน/Home Phone No. โทรศัพท์เคลื่อนที่/Mobile No.

ที่ทำงาน/Work Address

เบอร์โทรศัพท์/Telephone No

ผู้รับประโยชน์ / Beneficiary Name:

1. ความสัมพันธ์/Relationship สัดส่วน (ร้อยละ)/percent

ที่อยู่ปัจจุบัน/Current Address

โทรศัพท์ที่บ้าน/Home Phone No. โทรศัพท์เคลื่อนที่/Mobile No.

2. ความสัมพันธ์/Relationship สัดส่วน (ร้อยละ)/percent

ที่อยู่ปัจจุบัน/Current Address

โทรศัพท์ที่บ้าน/Home Phone No. โทรศัพท์เคลื่อนที่/Mobile No.

แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง / Select your protection Plan:

ความคุ้มครอง Insuring Agreement	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) Sum-Insured (Bath)	เบี้ยประกันภัย (บาท) Premium (Bath)

ระยะเวลาขอเอาประกันภัย / Period of Insurance Required:

เริ่มตั้งแต่วันที่/From /..... /..... เวลา/At น./Hours สิ้นสุดวันที่/Hours to..... /..... /..... เวลา 24.00 น./Hours

ประวัติสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย / Applicant's Medical Questions

1. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลไว้กับ บริษัท แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ หรือบริษัทอื่นหรือไม่?
Have you had Life or Personal Accident with Pacific Cross Health Insurance or others company?
 ไม่เคย/ไม่มี No เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด) If yes, please clarify.
บริษัท/Company จำนวนเงินเอาประกันภัย/Sum-Insuredบาท/Bath
บริษัท/Company จำนวนเงินเอาประกันภัย/Sum-Insuredบาท/Bath
บริษัท/Company จำนวนเงินเอาประกันภัย/Sum-Insuredบาท/Bath
2. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม สำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?
Have you ever been cancelled, renewal declined or rate adjusted by Life or Personal Accident insurance?
 ไม่เคย/ไม่มี No เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด) If yes, please clarify.
บริษัท/Company จำนวนเงินเอาประกันภัย/Sum-Insuredบาท/Bath

ประวัติสุขภาพของผู้เอาประกันภัย / Applicant's Medical Questions

3	ท่านขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์หรือไม่ / Do you drive or ride as a passenger on motorcycle? <input type="radio"/> ไม่/No <input type="radio"/> เป็นครั้งคราว/Occasionally <input type="radio"/> เป็นประจำ/Regularly
4	ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เจือปนหรือไม่ / Do you drink alcohol? <input type="radio"/> ไม่/No <input type="radio"/> เป็นครั้งคราว/Occasionally <input type="radio"/> เป็นประจำ/Regularly
5	ท่านกำลังป่วยเป็น หรือเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกกล่าว หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับ โรคลมชัก โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ โรคเมะเร็ง โรคเอดส์ หรือมีเชื้อไวรัส HIV โรคหลอดเลือดสมอง (เส้นเลือดในสมองแตก) หรือโรคพิษสุราเรื้อรังหรือไม่? Are you currently having or had been or ever been treated or have any treatment or medications recommended or has been prescribed by a physician for Seizures, Heart disease, Hypertension, Diabetes, Muscle or Bone Disease, Cancer, AIDS, HIV, Cerebrovascular Disease or Alcoholism? <input type="radio"/> ไม่เคย/ไม่มี No <input type="radio"/> เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด) If yes, please clarify.
6	ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่? In the past 2 years, have you been hospitalized overnight from an accident? <input type="radio"/> ไม่เคย/ไม่มี No <input type="radio"/> เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด) If yes, please clarify.
7	ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูบ้างหรือไม่? / Have you had any disorders of the visual or auditory nerve? <input type="radio"/> ไม่เคย/ไม่มี No <input type="radio"/> เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด) If yes, please clarify.
8	ท่านมีอวัยวะส่วนใดพิการบ้างหรือไม่? / Do you have any disability to any part of your body? <input type="radio"/> ไม่เคย/ไม่มี No <input type="radio"/> เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด) If yes, please clarify.
9	ท่านเคยเสพยาเสพติดที่ให้โทษร้ายแรงหรือไม่? / Have you been use addition drugs? <input type="radio"/> ไม่เคย/ไม่มี No <input type="radio"/> เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด) If yes, please clarify.
10	ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่? / Have you ever been convicted of a drug offense? <input type="radio"/> ไม่เคย/ไม่มี No <input type="radio"/> เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด) If yes, please clarify.

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายละเอียดต่าง ๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นหลักฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท แปซิฟิค ครอสประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์การอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV

The Applicant hereby requests the Company to provide the insurance policy with the terms and conditions according to Their standard policy and the Applicant declares that 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.

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

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย 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.

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกฎหมายประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้

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

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค้จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

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

- มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรโปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่

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

ตัวแทนประกันวินาศภัย Agent

นายหน้าประกันวินาศภัย Broker

การประกันภัยโดยตรง Direct

ใบอนุญาตเลขที่ / License No.

วันที่/Date เดือน/Month พ.ศ./Year

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย / Applicant's Signature

.....

()

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

Warning from the Office of Insurance Commission (OIC)

The applicant must truthfully answer all the questions. Any concealment or misrepresentation of the truth may result in the insurance company has the right to void this insurance contract as per clauses 865 of the Civil and Commercial Code.

