

ข้อมูลส่วนตัวผู้ขอเอาประกันภัย / Applicant's Details

ข้าพเจ้า ชื่อ/Name นามสกุล/Surname เพศ/Gender ชาย/Male หญิง/Female
 วัน/เดือน/ปีเกิด/Date of Birth/...../..... อายุ/Age ปี/Year น้ำหนัก/Weightกก./Kg. ส่วนสูง/Height ซม./CM.
 เลขประจำตัวประชาชน/ID No. อาชีพ/Occupation
 ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป/Type of Work
 เงินเดือน ค่าจ้าง ปีละ/Annual Income เบอร์โทรศัพท์เคลื่อนที่/Mobile No.
 ที่อยู่ปัจจุบัน/Current Address

ผู้รับผลประโยชน์ / Beneficiary Name:

1. ความสัมพันธ์/Relationship สัดส่วน (ร้อยละ)/percent โทรศัพท์เคลื่อนที่/Mobile No.
 2. ความสัมพันธ์/Relationship สัดส่วน (ร้อยละ)/percent โทรศัพท์เคลื่อนที่/Mobile No.

สำหรับ PA สุขใจ Family/For PA Sukjai Family

ชื่อคู่สมรส/Spouse's Name โทรศัพท์เคลื่อนที่/Mobile No.
 ผู้รับผลประโยชน์ 1/Beneficiary Name 1 ความสัมพันธ์/Relationship สัดส่วน (ร้อยละ)/percent
 ผู้รับผลประโยชน์ 2/Beneficiary Name 2 ความสัมพันธ์/Relationship สัดส่วน (ร้อยละ)/percent
 ชื่อบุตร 1/Child's Name 1 โทรศัพท์เคลื่อนที่/Mobile No.
 ผู้รับผลประโยชน์ 1/Beneficiary Name 1 ความสัมพันธ์/Relationship สัดส่วน (ร้อยละ)/percent
 ผู้รับผลประโยชน์ 2/Beneficiary Name 2 ความสัมพันธ์/Relationship สัดส่วน (ร้อยละ)/percent
 ชื่อบุตร 2/Child's Name 2 โทรศัพท์เคลื่อนที่/Mobile No.
 ผู้รับผลประโยชน์ 1/Beneficiary Name 1 ความสัมพันธ์/Relationship สัดส่วน (ร้อยละ)/percent
 ผู้รับผลประโยชน์ 2/Beneficiary Name 2 ความสัมพันธ์/Relationship สัดส่วน (ร้อยละ)/percent

ผู้ชำระเบี้ยประกันสำหรับ PA Smooth Plan โทรศัพท์เคลื่อนที่/Mobile No.

แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง / Select your protection Plan:

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

ระยะเวลาขอเอาประกันภัย / Period of Insurance Required:

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

ประวัติสุขภาพของผู้เอาประกันภัย / Applicant's Medical Questions

1 | ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลไว้กับ บริษัท แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ หรือบริษัทอื่นหรือไม่?
 Have you had Life of Personal Accident with Pacific Cross Health Insurance or other company?
 ไม่เคย ไม่มี/ No เคย มี (โปรดให้รายละเอียด)/ If yes, please clarify.
 บริษัท/Company จำนวนเงินเอาประกันภัย/Sum-Insured บาท/Baht
 บริษัท/Company จำนวนเงินเอาประกันภัย/Sum-Insured บาท/Baht
 บริษัท/Company จำนวนเงินเอาประกันภัย/Sum-Insured บาท/Baht

ประวัติสุขภาพของผู้เอาประกันภัย / Applicant's Medical Questions

| | |
|----|--|
| 2 | <p>ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?</p> <p>Have you ever been declined application for life or accident insurance, declined renewal of insurance or had premium rate adjusted?</p> <p><input type="radio"/> ไม่เคย ไม่มี/No <input type="radio"/> เคย มี (โปรดให้รายละเอียด)/ If yes, please clarify.</p> <p>บริษัท/Company จำนวนเงินเอาประกันภัย/Sum-Insured บาท/Baht</p> |
| 3 | <p>ท่านขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์หรือไม่? / Do you drive or ride as a passenger on motorcycle?</p> <p><input type="radio"/> ไม่/No <input type="radio"/> เป็นครั้งคราว/Occasionally <input type="radio"/> เป็นประจำ/Regularly</p> |
| 4 | <p>ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่? / Do you drink alcohol?</p> <p><input type="radio"/> ไม่/No <input type="radio"/> เป็นครั้งคราว/Occasionally <input type="radio"/> เป็นประจำ/Regularly</p> |
| 5 | <p>ท่านกำลังป่วยเป็น หรือเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกกล่าว หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับโรคลมชัก โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ โรคมะเร็ง โรคเอดส์ หรือมีเชื้อไวรัส HIV โรคหลอดเลือดสมอง (เส้นเลือดในสมองแตก) หรือโรคพิษสุราเรื้อรังหรือไม่?</p> <p>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?</p> <p><input type="radio"/> ไม่เคย ไม่มี/No <input type="radio"/> เคย มี (โปรดให้รายละเอียด)/If yes, please clarify</p> |
| 6 | <p>ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่?</p> <p>In the past 2 years, have you been hospitalized overnight from accident?</p> <p><input type="radio"/> ไม่เคย ไม่มี/No <input type="radio"/> เคย มี (โปรดให้รายละเอียด)/If yes, please clarify</p> |
| 7 | <p>ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูบ้างหรือไม่? / Have you had any disorders of the visual or auditory nerve?</p> <p><input type="radio"/> ไม่เคย ไม่มี/No <input type="radio"/> เคย มี (โปรดให้รายละเอียด)/If yes, please clarify</p> |
| 8 | <p>ท่านมีอวัยวะส่วนใดพิการบ้างหรือไม่? / Do you have any disability to any part of your body?</p> <p><input type="radio"/> ไม่เคย ไม่มี/No <input type="radio"/> เคย มี (โปรดให้รายละเอียด)/If yes, please clarify</p> |
| 9 | <p>ท่านเคยเสพสารเสพติดที่ให้โทษร้ายแรงหรือไม่? / Have you been use addition drugs?</p> <p><input type="radio"/> ไม่เคย ไม่มี/No <input type="radio"/> เคย มี (โปรดให้รายละเอียด)/If yes, please clarify</p> |
| 10 | <p>ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่? / Have you ever been convicted of a drug offense?</p> <p><input type="radio"/> ไม่เคย ไม่มี/No <input type="radio"/> เคย มี (โปรดให้รายละเอียด)/If yes, please clarify</p> |

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นหลักฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท แปซิฟิค ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์กรอื่นใด 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 from included in the contract between the Applicant and 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.

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ 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.

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัย และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้

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.

ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่?

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

มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้เอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่

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

ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย / 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.