

ใบคำขอเอาประกันภัย
กรรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุ

นิวนอร์มอล ไลฟ์สไตล์ ซีรีส์

ข้อ A : รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย

ประเภทของผู้ขอเอาประกันภัย

☐ คู่สมรสของผู้ขอเอาประกันภัยหลัก (ระบุชื่อ-นามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัยหลัก) _____

☐ บุตรของผู้ขอเอาประกันภัยหลัก (ระบุชื่อ-นามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัยหลัก) _____

☐ บุตรของคู่สมรสของผู้ขอเอาประกันภัยหลัก (ระบุชื่อ-นามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัยหลัก) _____

☐ ผู้ขอเอาประกันภัยหลัก

คำนำหน้า : ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ : _____ ชื่อ : _____ นามสกุล : _____

เพศ : ☐ ชาย ☐ หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด : _____ สัญชาติ : _____ เลขบัตรประชาชน / หนังสือเดินทาง : _____

เบอร์โทรศัพท์ : _____ อีเมล : _____

ส่วนสูง : _____ น้ำหนัก : _____ อาชีพ : _____ สถานภาพ : _____

(เซนติเมตร)

(กิโลกรัม)

(หากเกษียณอายุแล้ว กรุณาระบุอาชีพล่าสุด)

ที่อยู่ปัจจุบัน : _____

ข้อ B : รายละเอียดผู้รับประกันภัย

คำนำหน้า : ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ : _____ ชื่อ : _____ นามสกุล : _____

เพศ : ☐ ชาย ☐ หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด : _____ สัญชาติ : _____ เลขบัตรประชาชน / หนังสือเดินทาง : _____

เบอร์โทรศัพท์ : _____ อีเมล : _____ ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย : _____

ข้อ C : เลือกแผนความคุ้มครอง

แผนที่เลือก	☐ Standard ☐ Standard Plus	☐ Standard Extra ☐ Premier Plus	☐ Premier ☐ Maxima Plus	☐ Maxima ☐ Ultima Plus	☐ Ultima
ส่วนลดเบี้ยประกันภัย : ☐ ไม่เลือกความคุ้มครองผู้ป่วยนอก (-20%) ☐ ส่วนลดครอบครัว (-5%)		ความรับผิดชอบส่วนแรก/ปี : ☐ 20,000 บาท (ส่วนลด -15%) ☐ 40,000 บาท (ส่วนลด -25%) ☐ 100,000 บาท (-32.5%) ☐ 200,000 บาท (ส่วนลด -40%) ☐ 300,000 บาท (ส่วนลด -50%)			
หมายเหตุ : แผน Standard และ Standard Plus ไม่สามารถเลือกรับส่วนลดนี้ได้					
เลือกความคุ้มครองเพิ่มเติม : ความคุ้มครองทันตกรรม ☐ คุ้มครอง ☐ ไม่คุ้มครอง ความคุ้มครองทางจักขุ ☐ คุ้มครอง ☐ ไม่คุ้มครอง			☐ ซื้อเพิ่มประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล (PA) _____ บาท (เบี้ยประกันเพิ่ม 145 บาท ต่อ ความคุ้มครอง 100,000 บาท)		
หมายเหตุ : แผน Standard ทุกแผน ไม่สามารถเลือกซื้อความคุ้มครองด้านทันตกรรมและจักขุได้			วันที่ต้องการให้ผลบังคับ : _____		

ข้อ D : คำถามสุขภาพ (ส่วนที่ 1)

โปรดตอบคำถามต่อไปนี้โดยละเอียดและครบถ้วนตามความเป็นจริงเพื่อให้ บริษัทฯ พิจารณารับประกันกรมธรรม์ของท่านได้อย่างถูกต้อง
 ถ้อยแถลงข้อคำถามที่ท่านตอบ “ใช่” ท่านสามารถระบุรายละเอียดเพิ่มเติมในส่วน Section D | Health (Part 2)

1	ท่านมีประกันสุขภาพอื่นกับ บริษัท แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทประกันภัยอื่นๆ หรือไม่ ถ้าท่านตอบ “ใช่” กรุณาระบุชื่อของบริษัท และแนบสำเนากรมธรรม์ประกันภัย และตารางกรมธรรม์ประกันภัย ถ้ามี	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
2	ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการประกันภัย เพิ่มเบี้ยประกันภัย เพิ่มเงื่อนไข หรือยกเลิกใบสมัครประกันสุขภาพ หรือกรมธรรม์หรือไม่	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
3	ท่านเคยมีอาการ ได้รับการวินิจฉัย การตรวจวินิจฉัย หรือได้รับการรักษาสำหรับโรคหรือความผิดปกติดังต่อไปนี้หรือไม่ ระบุรายละเอียด รวมถึงอวัยวะ ประวัติการรักษา ข้อวินิจฉัย วันที่และการรักษาที่ได้รับ วันที่ที่ท่านเข้ารับการรักษาครั้งสุดท้าย และการติดตามการรักษาครั้งสุดท้าย	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
3.1	สภาวะทางจิตจิตใจ จิตเวช ความผิดปกติในการนอนหลับและการใช้สารเสพติด รวมถึงการติดยาหรือสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ตัวอย่างเช่น โรคจิต โรคซึมเศร้า วิตกกังวล เครียด ยาเสพติด ความผิดปกติทางอารมณ์ ดันตระหนก โรคกลัว นอนไม่หลับ ภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับ มีความคิดทำร้ายตัวเอง หรือพยายามฆ่าตัวตาย เป็นต้น	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
3.2	โรคหรือความผิดปกติของหัวใจหรือระบบไหลเวียนเลือด ตัวอย่างเช่น ความดันโลหิตต่ำ ความดันโลหิตสูง เจ็บหน้าอก ใจสั่น ความผิดปกติของหัวใจ หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจขาดเลือด ภาวะลิ้นหัวใจอุดตันในหลอดเลือดดำ เส้นเลือดอุดตัน ภาวะลิ้นหัวใจอุดตัน ความผิดปกติของหลอดเลือด เป็นต้น	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
3.3	ความผิดปกติของเซลล์ ระยะก่อนมะเร็ง หรือมะเร็ง ตัวอย่างเช่น ตับเนื้องอก เนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง ซีสต์ ก้อนเนื้องอก เนื้องอก เนื้องอก (มะเร็ง) มะเร็งต่อมน้ำเหลือง เป็นต้น	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
3.4	โรคและความผิดปกติของสมอง ระบบประสาท หรือหลอดเลือดสมอง ตัวอย่างเช่น ภาวะวูบ เป็นลมหรือหมดสติ ปวดศีรษะ ไมเกรน สมองขาดเลือดชั่วคราว โรคหลอดเลือดสมอง ชักหรือโรคลมชัก โรคหลอดเลือดสมองเสื่อม เซลล์สมองเสื่อม เยื่อหุ้มสมองอักเสบ เส้นประสาทอักเสบ โรคพาร์กินสัน หลอดเลือดสมองโป่งพอง เป็นต้น	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ข้อ D : คำถามสุขภาพ (ส่วนที่ 1)

3.5	โรคและความผิดปกติของตา หู จมูก หรือคอ ตัวอย่างเช่น ต้อหิน ต้อกระจก ต้อลม ต้อเนื้อ กระเจตา จอประสาทตา น้ำในตา สูญเสียการมองเห็น มีปัญหาหรือสูญเสียการได้ยิน ทอนซิล ไชนัส เป็นต้น	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่				
3.6	ระบบเผาผลาญ โรคและความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อ ฮอร์โมน ต่อมไทรอยด์ หรือระบบเลือดอื่นๆ ตัวอย่างเช่น ระดับน้ำตาลในเลือดสูง โรคเบาหวานชนิดที่ 1 โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภาวะฟังกินูลิน ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติ ไทรอยด์ ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ ปัญหาของต่อมใต้สมองหรือต่อมหมวกไต โลหิตจาง ไข้เลือดออก เป็นต้น	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่				
3.7	โรคหรือความผิดปกติของการหายใจ ระบบทางเดินหายใจหรือปอด ตัวอย่างเช่น ไข้เป็นเลือด ภูมิแพ้ระบบทางเดินหายใจ คอหอยอักเสบ หลอดลมอักเสบ หลอดลมมีความไวต่อสิ่งกระตุ้นมากผิดปกติ หอบหืด วัณโรค (TB) ภาวะภูมิแพ้ปอดอักเสบ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด โรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 เป็นต้น	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่				
3.8	โรคหรือความผิดปกติของการขับถ่ายปัสสาวะ ไต ท่อไต กระเพาะปัสสาวะ ท่อปัสสาวะ ต่อมลูกหมาก หรืออวัยวะสืบพันธุ์ ตัวอย่างเช่น การติดเชื้อ นิ่ว ต่อมลูกหมากโต เป็นต้น	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่				
3.9	โรคหรือความผิดปกติของระบบ การย่อยอาหาร หรือ ระบบทางเดินอาหาร ตัวอย่างเช่น แผลอาหาร กระเพาะอาหารอักเสบ กรดไหลย้อน โรคตับอักเสบ โรคตับแข็ง นิ่วในถุงน้ำดี ตับอ่อนอักเสบ ท้องมาน ท่อน้ำดี ตีชัน อาการลำไส้แปรปรวน โรคของถุงหรือกระเพาะของลำไส้ใหญ่ ลำไส้อุดตัน แผลในระบบทางเดินอาหาร ลำไส้ใหญ่อักเสบ ท้องเสียต่อเนื่อง โรคโครห์น หรือลำไส้ใหญ่อักเสบชนิดเป็นแผล ปวดท้องเรื้อรัง เลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ลำไส้เลื่อน ริดสีดวงทวาร ความผิดปกติบริเวณรอบทวาร เป็นต้น	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่				
3.10	โรคหรือความผิดปกติของ กระดูกอ่อน เอ็นยึดกระดูกและกล้ามเนื้อ เอ็นยึดระหว่างกระดูก หรือระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ตัวอย่างเช่น คอ ไหล่ หลังส่วนบน หลังส่วนล่าง ความผิดปกติของข้อ อาการปวดสะโพกร้าวลงขา โรคข้ออักเสบ โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคเกาต์หรือภาวะระดับกรดยูริกสูง การแตกหักของกระดูก ภาวะปวดเรื้อรัง (Fibromyalgia) อาการปวดกล้ามเนื้อเรื้อรัง หมอนรองกระดูกสันหลังเสื่อม (Bulging disc) หรือหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนทับเส้นประสาท เป็นต้น	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่				
3.11	โรคหรือความผิดปกติของภูมิคุ้มกันทำลายตัวเอง ตัวอย่างเช่น โรคเอดส์ ระยะมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ ภาวะเลือดบวกต่อไวรัสเอชไอวี โรคแพ้ภูมิคุ้มกันตนเอง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ภูมิคุ้มกันทำลายตัวเอง เป็นต้น	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่				
3.12	โรคหรือความผิดปกติของผิวหนัง ตัวอย่างเช่น ผื่น โรคภูมิแพ้ผิวหนัง ตึงเนื้อผิวหนัง ลมพิษ ผิวหนังอักเสบ ผื่นผิวหนังอักเสบ โรคผิวหนังแข็ง โรคสะเก็ดเงิน เซลล์เนื้อเยื่ออักเสบ ไฟที่คันหรือมีเลือดออก ภาวะผิวหนังหนาและแข็ง ตุ่มหรือก้อน ชีสต์หรือก้อนเนื้อเยื่อไขมันใต้ผิวหนัง เป็นต้น	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่				
3.13	ภาวะใดๆ อันเป็นผลจากความผิดปกติแต่กำเนิดหรือการสร้างอวัยวะที่ไม่สมบูรณ์ ความผิดปกติในการพัฒนาร่างกาย หรือโรคหรือความผิดปกติทางพันธุกรรม	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่				
3.14	ขณะนี้ท่านกำลังป่วย มีอาการผิดปกติ หรือมีความผิดปกติของอวัยวะที่ยังไม่ได้รับการรักษาหรือคำปรึกษาจากแพทย์หรือไม่	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่				
3.15	ท่านกำลังใช้ยาหรือการรักษาใดๆ ที่ได้รับการแนะนำหรือสั่งจ่ายโดยแพทย์หรือไม่	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่				
3.16	ท่านเคยได้รับการรักษาหรือได้รับการแนะนำให้เข้ารับการตรวจทางการแพทย์เฉพาะทางใดๆ (เช่น อัลตราซาวด์ การตรวจเอกซเรย์ คอมพิวเตอร์ (ซีทีสแกน) การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (เอ็มอาร์ไอ) การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรม ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (แปปสเมียร์) ฯลฯ) การตรวจสุขภาพและการตรวจร่างกาย การทำหัตถการเพื่อการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ นอกเหนือจากที่ระบุไว้ข้างต้น หรือ มีการผ่าตัดใดๆ หรือไม่	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่				
4	ท่านเคยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ศูนย์การแพทย์ คลินิก หรือสถานพยาบาลหรือไม่ หากใช่ โปรดระบุชื่อและที่อยู่ของผู้ให้บริการด้านการแพทย์ การบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย วันที่รักษา ระยะเวลาการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล และแผนกบริการ (ผู้ป่วยใน/ผู้ป่วยนอก)	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่				
วัน/เดือน/ปี ที่รักษา	ผู้ป่วยใน/ผู้ป่วยนอก โปรดระบุ	ระยะเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล	ชื่อสถานพยาบาล	คำวินิจฉัยโรค	การรักษา	วันที่ติดตามการรักษาครั้งสุดท้าย
5	ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่ ผลัดกันเช่น ไปป์ ซิการ์ หรือบุหรี่ยี่ห้อหรือยาสูบรูปแบบอื่นหรือไม่ ถ้าใช่ โปรดระบุประเภท _____ จำนวน _____ มวนต่อวัน และระยะเวลาจำนวนปีที่ท่านสูบ _____ ปี					☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
6	ท่านดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ ถ้าใช่ โปรดระบุประเภทแอลกอฮอล์ _____ ระบุหน่วยบริโภคเฉลี่ยต่อสัปดาห์ : _____ หน่วย ต่อสัปดาห์					☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
7	ท่านยังมีภาวะใดๆ ที่เป็นอาการเจ็บป่วยหรือความเจ็บปวด ที่ไม่ได้กล่าวถึงข้างต้นหรือไม่ ถ้าใช่ โปรดระบุ _____					☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
8	สำหรับสุขภาพสตรีเท่านั้น					
8.1	ขณะนี้ท่านกำลังตั้งครรภ์หรือไม่ ถ้าใช่ โปรดระบุจำนวนสัปดาห์ในการตั้งครรภ์: _____ สัปดาห์					☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
8.2	ท่านเคยคลอดบุตรโดย การผ่าตัดคลอด หรือไม่ ถ้าใช่ โปรดระบุ ปี: _____					☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
8.3	ท่านเคยมีโรคหรือความผิดปกติของเต้านม มดลูก รังไข่ ท่อนำไข่ ปากมดลูก ประจำเดือน ระบบสืบพันธุ์ การตั้งครรภ์ หรือการคลอดบุตร รวมถึงภาวะแทรกซ้อน การแท้งบุตร หรือเคยถูกวินิจฉัย และ/หรือ รักษาภาวะมีบุตรยาก หรือไม่					☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

Section D : Health (Part 2)

หากคำตอบของท่านคือ “ใช่” สำหรับคำถามข้างต้นใน ข้อ D : คำถามสุขภาพ (ส่วนที่ 1) โปรดระบุรายละเอียด:

คำถามหมายเลข	รายละเอียด

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่สรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวเสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่: _____

☐ ไม่มีความประสงค์

คำรับรองของผู้ขอเอาประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และผู้ขอเอาประกันภัยขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงที่จะให้ใบคำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างผู้ขอเอาประกันภัยและบริษัท หากรายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัยเป็นเท็จ หรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้และ/หรือ ปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

ผู้ขอเอาประกันภัยขอมอบอำนาจแก่ บริษัท แปซิฟิค ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียด ซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพร่างกายของผู้ขอเอาประกันภัยจากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์การอื่นใดที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับผู้ขอเอาประกันภัยหรือสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือด เพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV เพื่อการพิจารณาการจ่ายผลประโยชน์

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายผลประโยชน์ นั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้ขอเอาประกันภัยได้

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัย ต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะเลือกรับกรมธรรม์ประกันภัยผ่านช่องทางใด

☐ รับเป็น e-policy ทางอีเมล (Email) ที่ระบุไว้

☐ รับเป็นเอกสาร โดยส่งให้ทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ระบุ

ผู้ขอเอาประกันภัย	ลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม (กรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)	วัน/เดือน/ปี
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าลายเซ็นด้านบนนี้เป็นของข้าพเจ้าเอง และข้าพเจ้าลงนามในใบสมัครนี้โดยสมัครใจ	ข้าพเจ้าขอรับรองว่าลายเซ็นด้านบนนี้เป็นของข้าพเจ้าเอง และข้าพเจ้าลงนามในใบสมัครนี้โดยสมัครใจ	

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้ขอเอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

บริษัท แปซิฟิค ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน)

Page 3 of 3