

本申込書をプリントされる際は描画マークは削除してください。UI サイトのPrintの方をクリックされると注釈なしのフォームが印刷できます。

邦人医療共済保険お申込み書  
英字(大文字)でご記入ください。

**APPLICATION FORM FOR MEDICAL INSURANCE (Short Form)**

กรุณากรอกใบคำขออนี้ตามคำแนะนำด้านล่างด้วยตัวบรรจง / Please complete this form in **BLOCK CAPITALS**

บริษัท / Employer (Company Name)..... Japanese Group Co.,Ltd. วันที่เข้าทำงาน / Date of Employment..... **記入不要**

ชื่อพนักงาน / ครอบครัว / Employee Name..... **YURIKO KOIKE**

ตำแหน่ง / Position..... **ご記入不要** วันเดือนปีเกิด / Date of Birth (DD/MM/YYYY) **生年月日**.....

เพศ / Gender  ชาย (Male)  หญิง (Female) อายุ / Age..... ส่วนสูง / Height..... น้ำหนัก / Weight.....

ชื่อ..... **かかりつけ病院名**

ความสัมพันธ์กับพนักงาน / Relationship to Employee  ตนเอง / Oneself  คู่สมรส / Spouse  บุตร / Children  อื่นๆ / Other.....

ชื่อผู้รับผลประโยชน์ / Name of Beneficiary..... **記入不要** ความสัมพันธ์ / Relationship..... **記入不要**

ที่อยู่ / Address..... **記入不要**

1) ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วยเป็นโรค หรือได้รับบาดเจ็บ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่  เคย / Yes  ไม่เคย / No

Have you suffered or sustained any illness or injury or hospitalized during The Past 5 years?

ถ้าเคย โปรดระบุ / If yes, please specify..... **過去5年間に病気、ケガで治療または入院されたことがありますか？**

**Yesの場合は詳細、年、月、入院日数**

2) ท่านเคยได้รับการรักษา หรือเคยได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ว่าท่านเป็น โรคหัวใจ โรคความดัน โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคตับ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบทางเดินอาหาร โรคข้อต่อกระดูก โรคกระดูกสันหลังโรคมะเร็ง หรือความผิดปกติ อื่นๆ หรือไม่  เคย / Yes  ไม่เคย / No

Have you ever been investigated, treated for, or diagnosed with or told you have heart disease, hypertension, Diabetes, Hyperlipidemia liver diseases, respiratory, gastrointestinal, joint, back, cancer, or any other serious disorder **心臓病、高血圧、糖尿病、高脂血、肝炎、呼吸、消化系の治療を受けましたか？**

ถ้าเคย โปรดระบุ / If yes, please specify.....

**女性の場合必ずお答えください。**

3) **เฉพาะสตรีเท่านั้น** : 3.1 ท่านกำลังตั้งครรภ์อยู่หรือไม่ / Are you pregnant?  ใช่ / Yes  ไม่ใช่ / No

**FOR WOMEN ONLY** : ถ้าใช่ โปรดระบุอายุครรภ์ / If yes, please specify ..... สัปดาห์ / Week

3.2 ท่านมีประจำเดือนครั้งสุดท้ายเมื่อใด / When your last menstruation period began?

โปรดระบุ วันเดือนปี / Please specify **date month and year**.....

3.3 ในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมาท่านเคยมีโรคเกี่ยวกับเต้านม โรคที่เกี่ยวกับมดลูก รังไข่ ท่อนำไข่ ความผิดปกติของประจำเดือน ความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์ การตั้งครรภ์ โรคแทรกซ้อนหรือไม่  เคย / Yes  ไม่เคย / No

Have you in the past 10 years had any breast disorders, diseases of uterus, Ovaries, tube or cervix, **menstruation disorder, gynecological disorder or pregnancy-related disease or complication?**

ถ้าเคย โปรดระบุ / If yes, please specify.....

4) ใบคำขอแบบสอบถามสุขภาพ หรือใบคำขอเอาประกันของท่านเคยถูกบริษัทประกันกัยปฏิเสธ เลื่อนการประกันกัย เรียกเบี้ยประกันกัยเพิ่มหรือเปลี่ยนแปลงแบบการประกันกัยหรือไม่  เคย / Yes  ไม่เคย / No

Have you ever had any application for medical or life insurance declined, postponed, rated or restricted? **保険会社から申し込みを断られたことがありますか？**

ถ้าเคย โปรดระบุ / If yes, please specify.....

5) ขณะนี้ท่านมีปัญหาคืออื่น ๆ ด้านสุขภาพหรือไม่ / Are you presently under observation or taking any treatment or medication?  ใช่ / Yes  ไม่ใช่ / No

ถ้าใช่ โปรดระบุ / If yes, please specify..... **現在、何かの治療中ですか？**

ถ้อยแถลงข้างต้นนั้นเป็นความจริง และสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ และข้าพเจ้าเข้าใจว่าบริษัทฯ เชื่อตามถ้อยแถลงนั้น นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจ แก่ บริษัท แปซิฟิกครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) ในการร้องขอหรือทราบข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสุขภาพร่างกายของข้าพเจ้าได้จากแพทย์ โรงพยาบาลหรือองค์กรอื่นใดที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้าสำเนาภาพถ่ายของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลสมบูรณ์เช่นเดียวกับ ต้นฉบับ

All the above statement 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 and act on them, Furthermore, I authorize any physician or hospital or any organization that has any records or knowledge of me or my health to furnish Pacific Cross Health Insurance PCL. with information concerning any medical history and physical condition. A photocopy of this authorization shall be as effective and valid as the original.

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าผู้สมัครเป็นลูกจ้างของบริษัทจริง  
(ประทับตราชื่อ บริษัท นายจ้าง)  
This is to certify that the above applicant is our employee  
(Name stamp employer)  
**ご記入不要**  
นายจ้าง / Employer.....  
ตำแหน่ง / Position.....

ご署名 (パスポートと同一筆跡)

.....  
ลายมือชื่อพนักงาน / Signature of employee

วัน / Date..... เดือน / Month..... พ.ศ. / Year.....

**申し込み書記入日付け**

**WARNING BY OFFICE OF INSURANCE COMMISSION.**

คำเตือนโดยสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (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.

ผู้ขอเอาประกันภัยกรุณาตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดหรือแถลงความเท็จใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 หากมีปัญหาใดๆ เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยนี้ โปรดติดต่อขอคำแนะนำได้จากสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทฯ / FOR OFFICE USE ONLY

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....