

## ใบคำขอประกันสุขภาพ และอุบัติเหตุ (ฉบับย่อ)

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

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

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

ชื่อพนักงาน / ครอบครัว / Employee Name.....

ตำแหน่ง / Position..... วันเดือนปีเกิด / Date of Birth (DD/MM/YYYY) .....

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

ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ประจำของท่าน / Name and Address of your physician.....

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

ชื่อผู้รับผลประโยชน์ / Name of Beneficiary..... ความสัมพันธ์ / Relationship.....

ที่อยู่ / Address.....

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.....

2) ท่านเคยได้รับการรักษา หรือเคยได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ว่าท่านเป็น โรคหัวใจ โรคความดัน โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคตับ โรคระบบทางเดิน  
หายใจ โรคระบบทางเดินอาหาร โรคข้อต่อกระดูก โรคกระดูกสันหลังโรคมะเร็ง หรือความไม่ปกติ 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

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

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 หรือใบคำขอเอาประกันของท่านเคยถูกบริษัทประกันกัณฑ์ปฏิเสธ เลื่อนการประกันกัณฑ์

เรียกเบี้ยประกันกัณฑ์เพิ่มหรือเปลี่ยนแปลงแบบการประกันกัณฑ์หรือไม่  เคย / Yes  ไม่เคย / No

Have you ever had any application for medical or life insurance declined, postponed, rated or restricted?

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

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

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

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)  
นายจ้าง / Employer.....  
ตำแหน่ง / Position.....

.....  
ลายมือชื่อพนักงาน / Signature of employee  
วัน / Date..... เดือน / Month..... พ.ศ. / Year.....

**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.  
ผู้ออกประกันภัยกรุณาตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดหรือแถลงความเท็จใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 หากมีปัญหาใดๆ เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยนี้ โปรดติดต่อขอคำแนะนำได้จากสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

下記項目に英語でご記入ください。

**สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทฯ / FOR OFFICE USE ONLY**

Payment(Please circle) Annual, Semi-Annual, Monthly Benefit Plan: Plan 1(IPD-Hospitalization Only) or, Plan 2(IPD + OPD-Outpatient)  
Your Address(Home):  
Your Address(Company Name,Address)  
Your eMail Address:  
Your Tax ID Number(if any):  
Your Telephone Number: