

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)

กรุณากรอกใบคำขออนุญาตตามคำแนะนำด้านล่างด้วยตัวบรรจง / 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..... **氏名(名前 姓の順序)**.....

ตำแหน่ง / Position..... **Manager**..... 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..... **記入不要**
本申込書が本人の場合は下記[Oneself]にチェック印、配偶者や子供の申込書の場合は下記該当にチェック印。

ความสัมพันธ์กับพนักงาน / Relationship to Employee ตนเอง / Oneself คู่สมรส / Spouse บุตร / Children อื่นๆ / Other..... **続柄(家族に限る)**

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

ที่อยู่ / Address..... **保険金受取人住所(日本国内でも可)、電話番号**

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 โรคระบบทางเดินหายใจ 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

女性的み:必須 3.2 ท่านมีประจำเดือนครั้งสุดท้ายเมื่อใด / When your last menstruation period began?
โปรดระบุ วันเดือนปี / Please specify **date month and year**.....

3.3 ในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมาท่านเคยมีโรคเกี่ยวกับเต้านม โรคที่เกี่ยวกับมดลูก รังไข่ ท่อรังไข่ 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 หรือใบคำขอเอาประกันของท่านเคยถูกบริษัทประกันภัยปฏิเสธ เลื่อนการประกันภัย เรียกเบี้ยประกันภัยเพิ่มหรือเปลี่ยนแปลงแบบการประกันภัยหรือไม่ เคย / Yes ไม่เคย / No
Have you ever had any application for medical or life insurance declined, postponed, rated or restricted?

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.....

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.....

サイン(パスポート同一筆跡)
.....
ลายมือชื่อพนักงาน / Signature of employee
วัน / Date..... เดือน / Month..... พ.ศ. / Year.....
当保険はお申込み戴いた日の翌日から原則30日間の待期間が設定
されませんがお急ぎの場合は秋山までご相談くださいませ。

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 หากมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยนี้ โปรดติดต่อขอคำแนะนำได้จากสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทฯ / FOR OFFICE USE ONLY

- ご希望の保障プラン：入院保障のみ(Plan 1)、または、入院 + 通院保障(Plan 2)、か明記ください。
- 保険料お支払い：年一括払い(-12月31日まで)、半年払い(6月30日または12月31日まで)、月払い いずれかご選択ください。
- なお、本お申込み(申告書)が幼児(5才未満)の場合は：病院記録を添付ご提出をお願いします。
- 保険料領収書を会社宛てご発行ご希望の場合は、会社登記書コピー添付してください。
- 個人払い保険料を所得税控除対象にご希望の場合は納税者番号をご記入ください。Tax Payer No.
- ご住所、携帯電話番号、メールアドレスもご記入ください。 パスポート(写真ページのみ)カラーコピー添付をお願いします。