

ใบคำขอเอาประกันภัย (ฉบับเต็ม)

กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพ

お申込書:和訳版:ご記入は英文版原本プランクご使用ください
(ウェブサイト内の Print と記載されている方をクリックしてください。)



06/11/2023

Application Form for Health and Personal Accident Insurance "New Normal Lifestyle Series"

ประเภทของผู้ขอเอาประกันภัย / Type of Insured		被保険者(本申込書の対象者の種類)	
<input checked="" type="radio"/> ผู้ขอเอาประกันภัยเอง (Self-Insured)		<input type="radio"/> คู่สมรส (Spouse of Insured) (ระบุชื่อ-นามสกุลของผู้เอาประกันภัยหลัก : Name of Main Insured)	
<input type="radio"/> บุตร (Child of Insured) (ระบุชื่อ-นามสกุลของผู้เอาประกันภัยหลัก : Name of Main Insured)		<input type="radio"/> บุตร (Spouse's child of Insured) (ระบุชื่อ-นามสกุลของผู้เอาประกันภัยหลัก : Name of Main Insured)	
[申込者(被保険者) / Applicant's Details (as stated on ID Card or Passport)]		PCHI ID No.	
<input checked="" type="radio"/> นาย : Mr. <input type="radio"/> นาง : Mrs. <input type="radio"/> นางสาว : Miss <input type="radio"/> เด็กชาย : Master <input type="radio"/> เด็กหญิง : Ms. <input type="radio"/> อื่นๆ : Other.....		เลขประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทาง : ID / Passport No.	
ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย : Applicant's Full Name ชื่อ : First Name ชื่อกลาง : Middle Name นามสกุล : Family Name [名前] [苗字]		[有効期限日 / Expiry Date] วันหมดอายุ : Expiry Date [日] - [月] - [年]	
วันที่เริ่มต้นประกันภัย : Policy Commencement Date [DD] - [MM] - [YYYY] [保険始期日] [上記保険始期は特に指定のない場合は弊社でお受け取りした翌日付けでスタート開始で30日間の待機期間が開始します。]			
เพศ : Gender [性別] <input type="radio"/> ชาย : Male <input type="radio"/> หญิง : Female		สถานภาพ : Marital Status [独身か既婚者] <input type="radio"/> โสด : Single <input type="radio"/> สมรส : Married <input type="radio"/> หม้าย : Widowed <input type="radio"/> หย่า : Divorced	
อายุ : Age [年齢]	สัญชาติ : Nationality [国籍]	น้ำหนัก (กก.) : Weight (kg.) [体重]	ส่วนสูง (ซม.) : Height (cm.) [身長]
วัน (生年月日) : Date of Birth [日] - [月] - [年]			รอบเอว (ซม.) : Waist (cm.) [胴回り]
อาชีพ : Occupation [職業、または最終職業、Housewife, Student, Retiree] (หากเกษียณอายุแล้วกรุณาระบุอาชีพล่าสุด) (If retired please specify your last occupation)		ตำแหน่ง : Position [職位 (該当する場合)]	ลักษณะงานที่ทำ : Type of Work [職種 (危険度判定の為必須です。)] 例として、Office Work, Management,
ที่อยู่ปัจจุบัน : Current Address [現住所: タイ国内に限る] [タイ入国前に日本からお申込みされる場合は秋山にご相談ください。]			
ชื่อและที่อยู่ สถานที่ทำงาน : Company Name, Work Address [所属会社名、会社住所]			
ที่อยู่ที่ต้องการให้ติดต่อ (โปรดระบุ) : [弊社からの郵便物受け取り先] <input type="radio"/> 自宅宛て <input type="radio"/> 会社宛て [日中ご自宅不在の方は会社宛てをお勧めします。]			
携帯番号 : Mobile Number [携帯番号]	固定電話 : Telephone Number [固定電話]	อีเมล : E-mail [メールアドレス]	
[キャッシュレスにならない場合の口座振り込み先] Bank Account Details for the Payment of Claims			
ธนาคาร : Bank [銀行名]		ชื่อบัญชี : Account Name [口座名義氏名]	
สาขา : Branch [支店名]		เลขที่บัญชี : Account No. [口座番号]	

死亡保険金受取人(法定家族に限る)																		
<input type="radio"/> นาย : Mr. <input type="radio"/> เด็กชาย : Master ชื่อผู้รับประโยชน์ 1 : Beneficiary Name 1 受取人. 1 ชื่อ : First Name ชื่อกลาง : Middle Name นามสกุล : Family Name	<input type="radio"/> นาง : Mrs. <input type="radio"/> เด็กหญิง : Ms. ชื่อผู้รับประโยชน์ 2 : Beneficiary Name 2 受取人. 2 (保険金受給額は受取人1:50%,受取人2:50%) ชื่อ : First Name ชื่อกลาง : Middle Name นามสกุล : Family Name	เลขประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทาง : ID / Passport No. パスポート อีเมล : E-mail เพศ : Gender 性別 <input type="radio"/> ชาย : Male <input type="radio"/> หญิง : Female																
ที่อยู่ผู้รับประโยชน์ : Beneficiary Full Address 受取人住所: タイ国内も可	生年月日 : Date of Birth DD - MM - YYYY 連絡先電話 : Contact Phone No.	続柄(家族) 続柄(家族) <input type="radio"/> คู่สมรส : Spouse <input type="radio"/> บุตร : Child <input type="radio"/> อื่นๆ : Other																
<input type="radio"/> นาย : Mr. <input type="radio"/> เด็กชาย : Master ชื่อผู้รับประโยชน์ 1 : Beneficiary Name 1 受取人. 1 ชื่อ : First Name ชื่อกลาง : Middle Name นามสกุล : Family Name	<input type="radio"/> นาง : Mrs. <input type="radio"/> เด็กหญิง : Ms. ชื่อผู้รับประโยชน์ 2 : Beneficiary Name 2 受取人. 2 (保険金受給額は受取人1:50%,受取人2:50%) ชื่อ : First Name ชื่อกลาง : Middle Name นามสกุล : Family Name	เลขประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทาง : ID / Passport No. อีเมล : E-mail เพศ : Gender <input type="radio"/> ชาย : Male <input type="radio"/> หญิง : Female																
ที่อยู่ผู้รับประโยชน์ : Beneficiary Full Address	生年月日 : Date of Birth DD - MM - YYYY โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ : Contact Phone No.	ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย : Relationship to the Applicant <input type="radio"/> คู่สมรส : Spouse <input type="radio"/> บุตร : Child <input type="radio"/> อื่นๆ : Other																
วัน/เดือน/ปีเกิด (ค.ศ.) : Date of Birth DD - MM - YYYY โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ : Contact Phone No.																		
ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย : Relationship to the Applicant <input type="radio"/> คู่สมรส : Spouse <input type="radio"/> บุตร : Child <input type="radio"/> อื่นๆ : Other																		
1. เลือกแผนความคุ้มครอง (ご希望の保障プラン) 日本人不向き <input type="radio"/> Standard Plus <input type="radio"/> Premier Plus <input checked="" type="radio"/> Maxima Plus <input type="radio"/> Ultima Plus 日本人はスタンダード・エクストラ以上、リヤクムビザ (但しO-Aビザ) 所持者はプレミアムプラス以上必須です。 お見積もり書をお送りしますので保険料など数字はご記入不要です。																		
2. เลือกส่วนลดเบี้ยประกัน (ご希望の割引オプション) 該当の左丸印にX印ください <table border="1"> <thead> <tr> <th>ความคุ้มครองผู้ป่วยนอก (OPD Benefit)</th> <th>割引率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="radio"/> 外来通院保障削除 (Exclusion of Outpatient Treatment)</td> <td>20%</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> 免責金額(窓口負担) 20,000 บาท (THB 20,000 Deductible)</td> <td>15%</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> 免責金額 4万パーツ 40,000 บาท (THB 40,000 Deductible)</td> <td>25%</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> 免責金額 10万パーツ 100,000 บาท (THB 100,000 Deductible)</td> <td>32.5%</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> 免責金額 20万パーツ 200,000 บาท (THB 200,000 Deductible)</td> <td>40%</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> 免責金額 30万パーツ 300,000 บาท (THB 300,000 Deductible)</td> <td>50%</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> 家族合同収支割引希望 (Family Discount)</td> <td>5%</td> </tr> </tbody> </table> 弊社の免責金額は年間の累計総額です。毎回、毎回の治療費が累計され一旦年間免責総額を満たすとその時点から免責金額は消滅します。この点、日本の社会保険のような毎回3割の自己負担とは異なりお得です。			ความคุ้มครองผู้ป่วยนอก (OPD Benefit)	割引率	<input type="radio"/> 外来通院保障削除 (Exclusion of Outpatient Treatment)	20%	<input type="radio"/> 免責金額(窓口負担) 20,000 บาท (THB 20,000 Deductible)	15%	<input type="radio"/> 免責金額 4万パーツ 40,000 บาท (THB 40,000 Deductible)	25%	<input type="radio"/> 免責金額 10万パーツ 100,000 บาท (THB 100,000 Deductible)	32.5%	<input type="radio"/> 免責金額 20万パーツ 200,000 บาท (THB 200,000 Deductible)	40%	<input type="radio"/> 免責金額 30万パーツ 300,000 บาท (THB 300,000 Deductible)	50%	<input type="radio"/> 家族合同収支割引希望 (Family Discount)	5%
ความคุ้มครองผู้ป่วยนอก (OPD Benefit)	割引率																	
<input type="radio"/> 外来通院保障削除 (Exclusion of Outpatient Treatment)	20%																	
<input type="radio"/> 免責金額(窓口負担) 20,000 บาท (THB 20,000 Deductible)	15%																	
<input type="radio"/> 免責金額 4万パーツ 40,000 บาท (THB 40,000 Deductible)	25%																	
<input type="radio"/> 免責金額 10万パーツ 100,000 บาท (THB 100,000 Deductible)	32.5%																	
<input type="radio"/> 免責金額 20万パーツ 200,000 บาท (THB 200,000 Deductible)	40%																	
<input type="radio"/> 免責金額 30万パーツ 300,000 บาท (THB 300,000 Deductible)	50%																	
<input type="radio"/> 家族合同収支割引希望 (Family Discount)	5%																	
ส่วนลดเบี้ยประกันเหล่านี้จะถูกคำนวณเป็นลำดับขั้นจากเบี้ยประกันที่หักส่วนลดอื่นแล้ว (ถ้ามี) These premium discounts are to be applied progressively from the base premium above (Where applicable)		Sub-Total ご記入不要																
3. เลือกความคุ้มครองเพิ่มเติม (Additional Benefits) 追加特約のご希望の有無 <table border="1"> <thead> <tr> <th>齿科特約</th> <th>眼科特約</th> <th>意外伤害死亡保障金の増額希望</th> <th>เบี้ยมาตรฐาน / Base Premium บาท/Baht</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="radio"/> 齿科特約: 検査書必須 /Dental Benefit <input type="radio"/> คุ้มครอง/Cover <input type="radio"/> ไม่คุ้มครอง/Not Cover</td> <td><input checked="" type="radio"/> 眼科特約: 検査書必須 Vision Benefit <input type="radio"/> คุ้มครอง/Cover <input type="radio"/> ไม่คุ้มครอง/Not Cover</td> <td><input type="radio"/> 希望増額 Baht (Insert Amount)</td> <td rowspan="3">ご記入不要</td> </tr> <tr> <td colspan="3"> เบี้ยประกันเพิ่ม 145 บาท ต่อความคุ้มครอง 100,000 บาท Additional Premium THB 145/ THB 100,000 保障額増額の場合: 年齢75才到達時点で各保障プランの基本額に減額されます。 </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> *บริษัทขอสงวนสิทธิ์ที่จะพิจารณา *The Insurer reserves the right to consider </td> </tr> </tbody> </table> 歯科特約は事前に歯科検査が必要で過去に僅かでも治療歴のある歯は保障対象外です。歯科保険は小学生向け。 眼科特約は眼の病気対象ではなく眼鏡の度数が悪化したときの為の視力保険です。モノモライや白内障は眼科特約無しで、盲腸と同じく医療保険の基本でカバーされています。			齿科特約	眼科特約	意外伤害死亡保障金の増額希望	เบี้ยมาตรฐาน / Base Premium บาท/Baht	<input checked="" type="radio"/> 齿科特約: 検査書必須 /Dental Benefit <input type="radio"/> คุ้มครอง/Cover <input type="radio"/> ไม่คุ้มครอง/Not Cover	<input checked="" type="radio"/> 眼科特約: 検査書必須 Vision Benefit <input type="radio"/> คุ้มครอง/Cover <input type="radio"/> ไม่คุ้มครอง/Not Cover	<input type="radio"/> 希望増額 Baht (Insert Amount)	ご記入不要	เบี้ยประกันเพิ่ม 145 บาท ต่อความคุ้มครอง 100,000 บาท Additional Premium THB 145/ THB 100,000 保障額増額の場合: 年齢75才到達時点で各保障プランの基本額に減額されます。			*บริษัทขอสงวนสิทธิ์ที่จะพิจารณา *The Insurer reserves the right to consider				
齿科特約	眼科特約	意外伤害死亡保障金の増額希望	เบี้ยมาตรฐาน / Base Premium บาท/Baht															
<input checked="" type="radio"/> 齿科特約: 検査書必須 /Dental Benefit <input type="radio"/> คุ้มครอง/Cover <input type="radio"/> ไม่คุ้มครอง/Not Cover	<input checked="" type="radio"/> 眼科特約: 検査書必須 Vision Benefit <input type="radio"/> คุ้มครอง/Cover <input type="radio"/> ไม่คุ้มครอง/Not Cover	<input type="radio"/> 希望増額 Baht (Insert Amount)	ご記入不要															
เบี้ยประกันเพิ่ม 145 บาท ต่อความคุ้มครอง 100,000 บาท Additional Premium THB 145/ THB 100,000 保障額増額の場合: 年齢75才到達時点で各保障プランの基本額に減額されます。																		
*บริษัทขอสงวนสิทธิ์ที่จะพิจารณา *The Insurer reserves the right to consider																		
4. ค่าเบี้ยประกันรายปี (Annual Premium) เบี้ยประกันสุทธิ (Net Premium Sub-Total) (บาท : Baht) อากาศตมบ 0.4% (Stamp Duty 0.4%) เบี้ยประกันรวม (Total Premium)																		
半年払いをご希望の場合は、大きく"SEMI-ANNUAL"とお書きください。																		

すべての質問にお答えください。答えは、NoまたはYesの左頭丸印にチェック(レ)してください。

Kindly answer the questions below. For each "Yes" answer, please identify the provider's name (hospital or clinic), along with the; address, injury or illness condition, date of treatment, current clinical treatment or follow ups and other relevant information. Please Specify in Question 8

1. 現在、他の保険会社の医療保険にご加入されていますか？

Are you currently covered by any other Health Insurance policy? (If Yes, please enclose a copy of the policy and benefit schedule)

ไม่ใช่/ไม่เคย (No) いいえ

はい (Yes, please specify) 保険カードコピーを添付ください。

2. これまでに生命保険や医療保険加入を断られたり保険会社から解約されたりした事が有りますか？

Have you ever had any Health or Life Insurance policy declined, postponed, rate adjusted, restricted or canceled policy? If yes, please clarify

ない (No)

ある (Yes, please specify) 事情を英文で記入

3. 下記質問3.1 から 9まですべてにお答えください。質問が複数の病名に関する場合であなたの答えがYesの場合は、複数の病名から特定の該当病名を○印で囲ってください。そして(Yes,please specify).....の点線上にごく簡単に状況を英文でお書きくださいませ。過去に下記の病気、障害の症状発生の自覚、または診断、または治療の経験が有りますか？

Please underline the specific diseases or disorders. 該当の病名を○で囲むか下線を引いてください。

3.1 頭痛、または片頭痛 (Headaches, Migraines)

記入例：ストレス下で時々頭痛する

いいえ (No)

はい (Yes, please specify)

Sometimes, when under stress, I have headache.

脳血管疾患または障害 (Cerebrovascular Diseases or Disorders)

ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

脳下垂体疾患または障害 (Pituitary Gland Diseases or Disorders)

ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

発作、てんかん (Seizures or Epilepsy)

ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

パーキンソン病 (Parkinson's Disease)

ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

失神、意識喪失 (Fainting or Blackout Spells)

ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

神経疾患または神経障害 (Any other Neurological System Diseases or Disorders)

ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

胸痛 (Chest Pain)

ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

心臓疾患 (Heart Disease)

ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

動悸 (Palpitations)

ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

不整脈 (Cardiac Arrhythmias)

ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

肺、心臓血液循環機能疾患または障害 (Any Lungs, Heart, Blood Circulation System Diseases or Disorders)

ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

静脈瘤、血管塞栓、血栓症 (Varicose Veins, Embolism, Vein Thrombosis)

ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

蜂巣炎、壊死性筋膜炎 (Cellulitis, Necrotizing Fasciitis)

ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

糖尿病、高血糖値 (Diabetes or High Blood Sugar Levels, Please specify insulin use)

ไม่ใช่/ไม่เคย (No)

ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify) インスリン投与 (Insulin Injected) インスリン非投与 (Non Insulin Injected)

แบบสอบถาม (Medical Questions)

- **高血压症** (Hypertension or High Blood Pressure)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- **高脂血症** (Dyslipidemia)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- **貧血症** (Anemia)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- **甲状腺、リンパ節の疾患、障害** (Lymph Nodes Diseases or Disorders)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- **血液病、ホルモン、内分泌障害** (Blood Diseases, Hormonal or Endocrine Disorders)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

3.2 - **白内障、緑内障、眼裂班、翼状片** (Cataracts, Glaucoma, Pterygium)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- **角膜症、網膜症、ガラス質異常障害** (Cornea, Retinas, Vitreous Disorders)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- **失明** (Blindness or Visual Loss)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- **その他の眼球疾病または障害** (Any other Eye Diseases or Disorders, please specify)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

3.3 - **扁桃腺疾患、副鼻腔疾患、障害** (Tonsil, Sinus Diseases or Disorders)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- **耳鼻咽喉器官の異常、構造欠陥**
 (Ears, Throat, Nose Diseases or Disorders, including Related Abnormal Structures)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- **呼吸器系アレルギー** (Respiratory Allergy)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- **肺気腫、慢性閉塞性肺疾患** (COPD, Emphysema)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- **ぜんそく、気管支炎** (Asthma, Bronchial Hyperresponsiveness)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- **肺結核** (Pulmonary Tuberculosis)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- **肺炎、慢性咳、咯血、気胸症** (Pneumonia, Chronic Cough, Hemoptysis, Pneumothorax)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- **ポストコロナ感染症、症候群** (Post COVID-19 infection)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- **その他の呼吸器疾患、障害** (Any other Respiratory Diseases or Disorders, Please specify)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

3.4 - **精神病** (Psychosis)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- **ストレス症、不安症、脅迫症** (Stress, Anxiety, Obsessive Compulsive Disorders)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- **不眠症** (Insomnia)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- **気分障害** (Mood Disorders)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

แบบสอบถาม (Medical Questions)

- **パニック症** (Panic Disorders)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- **恐怖症** (Phobic Disorders)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- **憂鬱症、自傷思考、自殺未遂** (Depression, Self-harm Ideas or Attempted Suicide)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- **注意欠陥多動性障害、自閉症、知的障害** (Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Autistic Disorder, Intellectual Disability)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- **向精神剤(大麻を含む)服用または薬物の依存** (Use or Addiction of Drugs or Psychotropic Substances)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

3.5 - **胃食道逆流症** (Gastro Esophageal Reflux Disease (GERD), Acid Reflux)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- **胃腸潰瘍、胃腸の出血** (Stomach or Intestinal Ulcers, Gastrointestinal Bleeding)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- **過敏性腸管症候群、憩室性疾患、クローン病** ถ้าใส่จุดต้น โรคโครห์น (Irritable Bowel Syndrome (IBS), Inflammatory Bowel diseases (IBD), Diverticular Disease, Intestinal Obstruction, Crohn's Disease)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- **肝硬変、すい臓炎、肝炎、脂肪肝** (Cirrhosis, Pancreatitis, Hepatitis, Fatty Liver)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- **アルコール依存症、アルコール性肝炎、腹水症** (Alcoholism, Alcoholic Hepatitis, Ascites)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- **胆嚢疾患、胆石、胆管障害** (Gallbladder Diseases, Gallstones, Bile Duct Disorder)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- **黄疸** (Jaundice)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- **ヘルニア** (Hernias)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- **痔** แผลที่ขอบทวาร โรคฝีคัณฑสูตร (Hemorrhoids, Anal Fissure, Anal Fistula)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- **植物アレルギー** (Food allergy)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- **その他の胃腸疾患、肝臓、内臓疾患、障害**
 (Other Esophagus, Stomach, Liver or Intestine Diseases or Disorders, please specify)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

3.6 - **腎臓、尿管、膀胱の疾患、障害** (Kidneys, Ureters, Bladder Diseases or Disorders)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- **腎臓結石、尿管結石、膀胱結石** (Kidney Stones, Ureteral Stones, Bladder Stones)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- **前立腺、生殖系疾患、障害** (Prostate or Genital System Diseases or Disorders)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

3.7 - **頸部痛、肩関節痛、上背痛、腰背痛** (Neck Pain, Shoulder Pain, Upper Back or Lower Back Pain)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- **繊維筋痛症** (Fibromyalgia)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- **筋膜痛症候群** (Myofascial Pain Syndrome)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

แบบสอบถาม (Medical Questions)

- **椎間板ヘルニア** (Bulging or Herniated Discs)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- **筋肉、関節、骨の疾患、障害** (Muscle, Joint or Bone Diseases or Disorders)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- **関節痛、関節炎、退化性関節炎** (Joint Pain, Arthritis, Degenerative Joints)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- **痛風、高尿酸値** (Gout or High Uric Acid Level)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- **リウマチ** (Rheumatoid)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- **その他の筋骨格系疾患または障害はありますか？** (Other Musculoskeletal System Diseases or Disorders, please specify)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

3.8 **エイズ、HIV** (AIDS, AIDS Related Complex, HIV)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- **性病** (Sexual Transmitted Disease)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- **自己免疫疾患** (Immunodeficiency, Auto-Immune Disease)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- **全身性ループスエリテマトーデス(SLE)**
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

3.9 **皮膚病、湿疹、蕁麻疹、** (Dermatitis, Eczema, Rash, Urticaria)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- **アトピー性皮膚炎** (Atopic Dermatitis)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- **ほくろ、腫物、脂漏性角化症** (Moles, Nodules or Lumps, Skin Tag, Seborrheic Keratosis)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

- **その他の皮膚疾患、障害** (Other Skin Diseases or Disorders, please specify)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No) ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

3.10 **出生時欠損、先天性異常奇形、遺伝病も含め、上記質問3.1-3.9以外に慢性疾患、障害など歴史がありますか？**
 (Birth Defects, Congenital Anomalies and Abnormalities, Genetic Diseases, Any other Chronic Diseases or disorders rather than specify in medical questions number 3.1 - 3.9, if yes please specify diagnosis, etiology, symptom, investigation or treatment, results of treatment, etc.)
 ไม่ใช่/ไม่เคย (No)
 ใช่/เคย โปรดระบุ (Yes, please specify)

3.11 **過去に悪性腫瘍、癌、しこり、塊、肉腫、こぶ、などの自覚症状、医師の診断、検査、治療などが有りましたか？**
 Have you ever had symptoms, been consulted, advised, investigated, diagnosed, or treated for malignancies (cancer), cyst, mass or tumor, lump or nodule?
 いいえ
 ใช่ (Yes) โปรดระบุ (Please specify years) **西暦**

腫瘍のタイプ (type/Kind) **臓器名** (Organ)

現在、治療継続中 (Currently being treated, please specify the type of treatment)

完治済み (Removed/Cured, please specify type of treatment)

完治の場合は治療内容

โปรดระบุวันที่ทำการรักษาและติดต่อกันครั้งสุดท้าย (date and last follow up visit) **最終検査日**

病理学検査結果

แบบสอบถาม (Medical Questions)

3.12 **あなたは現在、医師の勧めで治療薬を服用していますか？**
 Are you currently undergoing medications or treatment, recommended or has been prescribed by a physician? If yes, please specify.
 いいえ (No) **はい** (Yes, please specify)

4. **あなたは過去に医療機関で治療を受けたことがありますか？（日本国内の治療で、その事実がタイ国内の病院に一切記録されていない場合は（カルテが存在しない）下記ご記入される前に秋山にご相談ください。**
過去の医療記録の申告 Medical center, clinic or sanitarium? **If yes**, please provide the name and address of the healthcare center, length of stay for hospitalization, and department of services (Inpatient/Outpatient)
 いいえ (No) **はい** (Yes, please specify)

日/เดือน/ปี ที่รักษา Treatment Date (DD/MM/YYYY)	ผู้ป่วยใน/ผู้ป่วยนอก ไปรตระบุ IPD/OPD (Please Specify)	ระยะเวลาที่พักรักษาตัว ในโรงพยาบาล (Length of Stay for hospitalization)	ชื่อสถานพยาบาล (Medical Provider Names)	คำวินิจฉัยโรค (Diagnosis)	การรักษา (Treatment)	วันที่ติดตามการรักษา ครั้งล่าสุด (Latest Follow-up date)
治療日	入院か外来か	入院日数	病院名	診断名	治療内容	最終検査日

5. **เฉพาะสตรีเท่านั้น (FOR WOMEN ONLY) :** **5.1- 5.3 は女性のみ** **はい** **いいえ**
女性のみ: 6番から男女共通 No Yes

5.1 **現在妊娠中ですか？** Are you currently pregnant?
 はい **いいえ**
Yes, please specify number of weeks of the pregnancy **妊娠 週目**

5.2 **過去に乳房の異常、子宮などの疾患、障害または月経不順、出産、流産等で疾患、治療などをされたことはありますか？**
 Have you had any diseases or disorders of the breast, uterus, ovaries, fallopian tubes, cervix, menstruation, reproductive system, pregnancy or childbirth, including complications, abortion or miscarriage or have been diagnosed and/or treated for infertility? **If yes**, please specify diagnosis, treatment, and when

5.3 - **出産経験の如何** have you ever had a prior child delivery? ปี/Year

- **帝王切開出産の有無** หรือไม? : Have you ever had a surgical delivery / C-Section? ปี/Year

6. **あなたは過去に、定期身体検査とは別に、医師から特定の身体検査を勧められたことはありますか？**
 Have you ever been advised to have any medical tests, health and physical check-ups or procedure to investigate other than as noted above, including annual check-ups? **(If yes**, please specify and enclose the medical or physical examination report)
 いいえ (No) **はい** (Yes, please specify) **英文にて事情説明ください。**

6.1 **タバコ、シガーなど喫煙しますか？**
 Do you currently smoke a pipe, cigars or cigarettes? How many sticks do you smoke per day?
 いいえ (No) **はい** (Yes, please specify) **มวนต่อวัน / Sticks per day 一日の本数**
過去喫煙してた場合はなぜ禁煙したのか？禁煙前の喫煙年数
(If you already quit smoking, please specify the reason, quantity per day and how long did you smoke?)

6.2 **アルコール飲酒しますか？**
 いいえ (No) **はい** (Yes) **โปรดระบุชนิดของแอลกอฮอล์ที่ท่านดื่ม** **アルコール種類と毎週の飲酒量**
 Do you drink alcohol? **If yes**, please specify alcohol type and average units per week consumed units per week.

แบบสอบถาม (Medical Questions)

7. **これまでにMRI, CT スキャンなどを特別に受けたことがありますか？ 内視鏡検査を特別に受けたことがありますか？**

ถ้าเคยไปตรวจรายการหัตถการ วนทตรวจ และผลตรวจ กรุณาแนบผลการตรวจพิเศษดังกล่าว

Have you ever had any special medical examination (such as MRI, CT Scan), or any surgical or procedures e.g. endoscopy? **If yes**, please specify a list of procedures, when was this completed, and what were the results? Please enclose the special medical examination report

ไม่ (No) **いいえ**

ใช่ โปรดระบุ (Yes, please specify) **はい** **結果はいかがでしたか？**

8. **本申込書で "Yes" と答えた場合は、下記に質問番号明記のうえ、事情を詳細に英文でお書きください。**

When you answered "Yes" to any questions in this form, please provide details in the space below or include on an additional piece of paper.

9. **あなたは現在、医師には未だ診断されていない身体の痛み、不快感、異常などはありますか？**

Are you currently sick or have any abnormal symptoms (such as pain, lump, bleeding disorder, etc.) that has not been treated or consulted from a doctor?

ไม่ (No) **いいえ**

ใช่ โปรดระบุ (Yes, please specify) **はい。** **英文にてご説明ください。**

保険申込み人のご承諾

เป็นที่ตกลงกันระหว่างผู้ขอเอาประกันภัยและบริษัท ว่ากรมธรรม์ประกันภัยนี้จะไม่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้ขอเอาประกันภัยสำหรับการบาดเจ็บหรือการป่วยซึ่งเกิดขึ้นโดยตรง หรือสืบเนื่องมาจาก หรือเป็นอาการแทรกซ้อนของการบาดเจ็บหรือการป่วยใดๆ ที่ผู้ขอเอาประกันภัยได้แถลงไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้หรือที่บริษัทยกเว้นตามที่ได้รับในเอกสารแนบท้ายยกเว้นความคุ้มครองเฉพาะโรค ซึ่งผู้ขอเอาประกันภัยได้รับทราบและยินยอมตามเงื่อนไขทุกประการ โดยบริษัทจะออกเอกสารแนบท้าย

ご申告内容が事実と異なる場合、保険契約が成立後でも失効となる場合がございます。

The Applicant hereby requests the Company to provide the insurance policy together with the terms and conditions according to their standard policy and the Application declares that the above statements are complete and true. The Applicant agrees to have this application form included in the contract between the Applicant and the Company. Should there be any false statement or any truth being concealed, the Applicant agrees to let the Company void this insurance policy.

ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และผู้ขอเอาประกันภัยขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงที่จะให้ใบคำขอเอาประกันภัยนี้เป็นหลักฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างผู้ขอเอาประกันภัยและบริษัท หากรายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัยเป็นเท็จ หรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัท บอกละสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ผู้ขอเอาประกันภัยขอมอบอำนาจแก่ บริษัท แพซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียด ซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพร่างกายของผู้ขอเอาประกันภัยจากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์กรอื่นใดที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับผู้ขอเอาประกันภัยหรือ

お客様の健康に関する個人情報の入手権利を保険会社に与えません。

The Applicant, besides this, assigns the Company to request any kind of information regarding their personal health treatment or health condition records from any physician, hospital, clinic or any other organization which has any of their health information or records including the testing results of HIV for the payment of benefits and/or compensation.

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็น และไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

Insurance company has the right to medically examine any Applicant who is claiming a 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.

保険会社はお客様の医療情報をタイ国保健省(OIC)に提供する場合があります。

If the Applicant does not allow the Company to investigate his/her claim or does not give permission to access his/her medical records or diagnosis, the Company reserves the right not to pay such claims.

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) 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.

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะเลือกรับกรมธรรม์ประกันภัยผ่านช่องทางใด : Would you like to receive the insurance policy by way of which channel?

รับเป็น e-policy ทางอีเมล (Email) ที่ระบุไว้ : Your e-policy will be emailed to you

รับเป็นเอกสาร โดยส่งให้ทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ระบุ : Your policy will be posted to you at your address stated

保険料を個人所得税の対象額から控除(最大25,000 BHT)希望されますか？

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

- はい、所得控除証明書の発行を希望します。(自動発行では有りませんので毎年ご請求くださいませ。)

ที่สรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร
โปรดระบุเลขประจำตัว ผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ :

Yes, and I permit the insurer to send and reveal the information about this insurance premium to the Revenue Department. If the applicant is a non-Thai resident, please enter the taxpayer ID Number given by the Revenue Department :

- 希望しません / No

20才未満の未成年者は保険申込書にサインできません

申込者サイン(パスポート筆跡)

被保険者が20才未満の子供の場合の
親のサイン

氏名(ローマ字)

親または親権者の氏名:ローマ字

日付け

(.....)

(.....)

.....

ผู้ขอเอาประกันภัย
Applicant's Signature

ลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม
(กรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)
Guardian's Signature
(Applicant on behalf of a Minor)

วัน/เดือน/ปี
Date/Month/Year

การประกันภัยโดยตรง / Direct

ใบอนุญาตเลขที่

ตัวแทนประกันวินาศภัย / Agent

License No. 無記入

นายหน้าประกันวินาศภัย / Broker

タイ保健省からのお知らせ

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบ **本申込書の記載内容が事実と異なる事が判明された場合、民法865条により保険契約が失効される場合
があります。**

WARNING BY OFFICE OF INSURANCE COMMISSION (OIC)

The applicant must truthfully answer all questions. Any concealment or misrepresentation of the truth may result in the insurance contract becoming void under Clause 865 of the Civil and Commercial Code resulting in the cancellation of the policy.

บริษัท แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน)

152 อาคารชาร์เตอร์ด์สแควร์ ชั้น 21 ห้อง 21-01, 21-02 ถนนสาทรเหนือ แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

Pacific Cross Health Insurance PCL

152 Chartered Square Building, 21st Floor, Room 21-01,21-02, North Sathorn Road, Silom, Bangrak, Bangkok 10500

T: +66 2 401 9189 | F: +66 2 401 9187 | E: contactus@th.pacificcrosshealth.com | www.pacificcrosshealth.com