



この申込書内というEmployeeとは筆頭者(通常父親)を指します。社員ではなく団体加入者です。
すべての項目に漏れなくご記入ください。ご記入不要

บริษัท / Employer (Company Name) Japanese Group Co.Ltd.
วันที่เข้าทำงาน / Date of Employment
ชื่อพนักงาน / ครอบครัว Employee Name / Dependent Name
ตำแหน่ง / Position
เพศ / Sex
ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ประจำของท่าน / Name and Address of your Physician
この申込書が配偶者または子供の場合は筆頭者との続柄を下記Xして下さい
ความสัมพันธ์กับพนักงาน / Relationship to the employee
ชื่อผู้รับผลประโยชน์ / Name of Beneficiary
ที่อยู่ / Address

過去5年間にご入院されましたか?
1. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วยเป็นโรค หรือได้รับบาดเจ็บ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่
Have you suffered or sustained any illness or injury or been hospitalized during the past 5 years?
 ไม่เคย / No  เคย / Yes หากเคย โปรดระบุ / If yes, please specify

これまでに下記の治療受けられましたか?
2. ท่านเคยได้รับการรักษา หรือเคยได้รับการบอกกล่าวจากแพทย์ว่าท่านเป็นโรดดังกล่าวหรือไม่
Have you ever been investigated, treated for, or diagnosed with or told to have disease?
โรคหัวใจ / heart disease
โรคไขมันในเลือดสูง / hyperlipidemia
โรคตับ / liver disease
โรคระบบทางเดินอาหาร / gastrointestinal
โรคกระดูกสันหลัง / back
โรคความดัน / hypertension
โรคเบาหวาน / diabetes
โรคระบบทางเดินหายใจ / respiratory
โรคข้อต่อกระดูก / joint
โรคมะเร็ง / cancer

3. เฉพาะสตรีเท่านั้น / For female only :
3.1 ท่านกำลังตั้งครรภ์อยู่หรือไม่ / Are you currently pregnant?
3.2 ท่านมีประจำเดือนครั้งสุดท้ายเมื่อใด / When did your last menstruation period begin?
3.3 ในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยมีโรคเกี่ยวกับเต้านม โรคที่เกี่ยวกับมดลูก รังไข่ ท่อรังไข่ ความผิดปกติของประจำเดือน
During the past 10 years, have you had any breast disorder, disease of uterus, ovaries, tube or cervix, menstruation disorder, gynecological disorder or pregnancy-related disease or complication?

4. ใบคำขอเอาประกันภัยแบบสอบถามสุขภาพหรือใบคำขอเอาประกันภัยของท่านเคยถูกบริษัทประกันภัยปฏิเสธ เลื่อนการประกันภัย
เรียกเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงการรับประกันภัยหรือไม่
Have you ever had any application form for health of life insurance declined, postponed, rate adjusted, or restricted?

5. ขณะนี้ท่านมีปัญหาอื่น ๆ ด้านสุขภาพหรือไม่ / Are you currently under observation or taking any treatment or medication?
 ไม่ใช่ / No  ใช่ / Yes หากใช่ โปรดระบุ / If yes, please specify

ถ้อยแถลงข้างต้นนั้นเป็นความจริงและสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ และข้าพเจ้าเข้าใจว่าบริษัทเชื่อถือตามถ้อยแถลงนั้น นอกจากนี้ ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่บริษัท แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) ในการร้องขอหรือทราบข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสุขภาพร่างกายของข้าพเจ้าได้จากแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า และสำเนาภาพถ่ายของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

All of 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 Public Company Limited with information concerning any medical history and physical condition. A photocopy of this authorization shall be effective and valid as the original.

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.

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าผู้สมัครเป็นลูกจ้างของบริษัท  
(ประทับตราชื่อบริษัท / นายจ้าง)

This is to certify that the above applicant is our employee.

(Employer's logo)

この欄はご記入不要です。

นายจ้าง / Employer Japanese Group

ตำแหน่ง / Position Akiyama (監事)

X この申込書の本人サイン(パスポート筆跡)

20才未満のお子様の場合は親(筆頭者)のサイン:代筆では有りません  
(.....)

ลายมือชื่อพนักงาน / ครอบครั้ว

Signature of the employee or ~~the dependent~~

วัน / Date..日.日.... เดือน / Month..月.月.... ปี / Year..西曆...

- ประกันภัยตรง / Direct
- ตัวแทนประกันวินาศภัย / Agent
- นายหน้าประกันวินาศภัย / Broker

ใบอนุญาตเลขที่ License No. ご記入不要

**下記のご希望保障プラン、その他ご記入ください。**

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ ตกเป็นโมฆะซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่ง และพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้

**Warning from the Office of Insurance Commission**

The Applicant must truthfully answer all the questions in this application form. Any concealment or false statement may result in a voidable insurance contract according to the Civil and Commercial Code, Section 865 and the company refusing to pay claims.

**1. 保障プラン: プラン1(入院のみ)      プラン2(入院+外来通院)**

- 2. 年払い、半年払い、月払い
- 3. お名前
- 4. ご住所
- 5. メールアドレス
- 6. 銀行名、口座名義人名、口座番号