

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

ชื่อพนักงาน / ครอบครัว Employee Name / Dependent Name.....

ตำแหน่ง / Positionเกิดวันที่ (DD) / เดือน (MM) / ปี (YYYY) / Date of Birth.....

เพศ / Sex ชาย / Male หญิง / Female อายุ / Age..... ส่วนสูง (ซม.) / Height (cm.)..... น้ำหนัก (กก.) / Weight (kg.).....

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

กรณีที่เป็นใบสมัครของครอบครัว (In case that the applicant is the dependent of the employee)

ความสัมพันธ์กับพนักงาน / Relationship to the employee คู่สมรส / Spouse บุตร / Children อื่นๆ / Other.....

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

ที่อยู่ / Address

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.....

2. ท่านเคยได้รับการรักษา หรือเคยได้รับการบอกกล่าวจากแพทย์ว่าท่านเป็นโรสดังกล่าวหรือไม่
 Have you ever been investigated, treated for, or diagnosed with or told to have disease?

	ไม่เคย / No	เคย / Yes		ไม่เคย / No	เคย / Yes
โรคหัวใจ / heart disease	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	โรคความดัน / hypertension	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
โรคไขมันในเลือดสูง / hyperlipidemia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	โรคเบาหวาน / diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
โรคตับ / liver disease	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	โรกระบบทางเดินหายใจ / respiratory	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
โรกระบบทางเดินอาหาร / gastrointestinal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	โรคข้อต่อกระดูก / joint	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
โรคกระดูกสันหลัง / back	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	โรคมะเร็ง / cancer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ความไม่ปกติอื่นๆ / any other serious disorder โปรดระบุ / please specify.....

3. เฉพาะสตรีเท่านั้น / For female only :

3.1 ท่านกำลังตั้งครรภ์อยู่หรือไม่ / Are you currently pregnant?
 ไม่ใช่ / No ใช่ / Yes หากใช่ โปรดระบุอายุครรภ์ / If yes, please specify.....สัปดาห์ / weeks

3.2 ท่านมีประจำเดือนครั้งสุดท้ายเมื่อใด / When did your last menstruation period begin?
 โปรดระบุวันเดือนปี / Please specify date month and year.....

3.3 ในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยมีโรคเกี่ยวกับเต้านม โรคที่เกี่ยวกับมดลูก รังไข่ ท่อรังไข่ ความผิดปกติของประจำเดือน ความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์ การตั้งครรภ์ โรคแทรกซ้อนหรือไม่
 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?
 ไม่ใช่ / No ใช่ / Yes หากใช่ โปรดระบุ / If yes, please specify.....

4. ใบคำขอเอาประกันภัยแบบสอบถามสุขภาพหรือใบคำขอเอาประกันภัยของท่านเคยถูกบริษัทประกันภัยปฏิเสธ เลื่อนการประกันภัย เรียกเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงการรับประกันภัยหรือไม่
 Have you ever had any application form for health of life insurance declined, postponed, rate adjusted, or restricted?
 ไม่เคย / No เคย / Yes หากเคย โปรดระบุ / If yes, please specify.....

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.....



ใบคำขอเอาประกันภัย (ฉบับย่อ) / Application Form (Short Form)
กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุกลุ่ม / Group Health & Accident Insurance Policy

3 อาคารراجนาการ ชั้นที่ 16 โซนบีซี ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120
3 Rajanakarn Building 16th Floor Zone BC, South Sathorn Road, Yannawa, Sathorn, Bangkok 10120
T: 02 401 9189 | F: 02 401 9187 | E: contactus@th.pacificcrosshealth.com | www.pacificcrosshealth.com

ถ้อยแถลงข้างต้นนั้นเป็นความจริงและสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ และข้าพเจ้าเข้าใจว่าบริษัทที่เชื่อมตามถ้อยแถลงนั้น นอกจากนั้น 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)

นายจ้าง / Employer

ตำแหน่ง / Position

X

.....

(.....)

ลายมือชื่อพนักงาน / ครอบครั้ว

Signature of the employee or the dependent

วัน / Date..... เดือน / Month..... ปี / Year.....

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

ใบอนุญาตเลขที่ License No.

下記のご希望保障プランご記入くださいませ。

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. Benefit Plan: () PLAN 1(IPD Only) , () PLAN 2(IPD + OPD)

2. () Annual Pay, () Semi-Annual Pay () Monthly Pay

3. Your Name: (Mr./Mrs./Miss) _____

4. Your Address: _____

5. Your eMail Address: _____

6. Bank Name: _____ Accountholder Name: _____ Account No. _____