

ใบคำขอประกันสุขภาพ และอุบัติเหตุ (ฉบับเต็ม)

APPLICATION FORM FOR MEDICAL INSURANCE (Full Form)

กรุณากรอกใบคำขอนี้ตามคำแนะนำด้านล่างด้วย **ตัวบรรจง** / Please complete this form in **BLOCK CAPITALS**

บริษัท / Employer (Company Name)..... วันที่เข้าทำงาน / Date of Employment.....
 ชื่อพนักงาน / ครอบครัว / Employee Name.....
 ตำแหน่ง / Position..... เกิดวันที่ (DD) / เดือน (MM) / ปี (YYYY) / Date of Birth.....
 เพศ / Sex ชาย (Male) หญิง (Female) อายุ / Age..... ส่วนสูง / Height..... น้ำหนัก / Weight.....
 ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ประจำของท่าน / Name and Address of your physician.....
 ความสัมพันธ์กับพนักงาน / Employee relations คู่สมรส / Spouse บุตร / Children อื่นๆ / Other.....
 (กรณีเป็นใบสมัครของครอบครัว / Case as the application of family)
 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 ?
 ถ้าใช่ โปรดระบุ / If so, please specify.....

2) ท่านเคยได้รับการรักษา หรือเคยได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ว่าท่านเป็น โรคหัวใจ โรคความดัน โรคเบาหวาน โรคตับ โรคระบบทางเดินหายใจ
 โรคระบบทางเดินอาหาร โรคข้อต่อกระดูก โรคกระดูกสันหลังโรคมะเร็ง หรือความผิดปกติ อื่นๆ หรือไม่ เคย / Yes ไม่เคย / No
 Have you ever been investigated, treated for, or diagnosed with or told you have heart disease, hypertension, Diabetes,
 liver diseases, respiratory, gastrointestinal, joint, back, cancer, or any other serious disorder ?
 ถ้าใช่ โปรดระบุ / If so, please specify.....

3) เฉพาะสตรีเท่านั้น : 3.1 ท่านกำลังตั้งครรภ์หรือไม่ / Are you pregnant ? ใช่ / Yes ไม่ใช่ / No
FOR WOMEN ONLY : ถ้าใช่ โปรดระบุอายุครรภ์ / If so, please specifyเดือน / Months
 3.2 ท่านมีประจำเดือนครั้งสุดท้ายเมื่อใด / When your last menstruation period began ?
 โปรดระบุวัน เดือนปี / Please specify date month and year.....
 3.3 ในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมาท่านเคยมีโรคเกี่ยวกับเต้านม โรคที่เกี่ยวข้องกับมดลูก รังไข่ ท่อนำไข่
 ความผิดปกติของประจำเดือน ความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์ การตั้งครรภ์ โรคแทรกซ้อนหรือไม่ ใช่ / Yes ไม่ใช่ / 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?
 ถ้าใช่ โปรดระบุ / If so, please specify.....

4) ใบคำขอแบบสอบถามสุขภาพ หรือใบคำขอเอาประกันของท่านเคยถูกบริษัทประกันกักปด เลื่อนการประกันภัย
 เรียกเบี้ยประกันภัยเพิ่มหรือเปลี่ยนแปลงแบบการประกันภัยหรือไม่ เคย / Yes ไม่เคย / No
 Have you ever had any application for medical or life insurance declined, postponed, rated or restricted ?
 ถ้าใช่ โปรดระบุ / If so, please specify.....

5) ขณะนี้ท่านมีปัญหาค่าอื่น ๆ ด้านสุขภาพหรือไม่ / Are you presently under observation or taking any treatment or medication ? ใช่ / Yes ไม่ใช่ / No
 ถ้าใช่ โปรดระบุ / If so, please specify.....

6) 6.1 ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่, ซิการ์ หรือนูห์หรือไม่ / Do you currently smoke pipes, cigars or cigarettes ? ใช่ / Yes ไม่ใช่ / No
 6.2 ถ้าสูบ สูบจำนวนกี่ซองต่อวัน / If so, how many packs do you smoke per day ?ซอง / Packs

7) 7.1 ท่านเคยสูบบุหรี่หรือไม่ / Have you ever smoked ? ใช่ / Yes ไม่ใช่ / No

7.2 ถ้าเคย สูบมานานกี่ปี / If so, for how many years ?.....ปี / Years
และเลิกสูบเมื่อใด / And when did you quit ?.....ปี / Years สาเหตุที่เลิกสูบ / Why did you quit ?.....

8) ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นจำนวนเท่าใดต่อสัปดาห์ / How many drinks do you have per week ?แก้ว / Glassesขวด / Bottles

9) 9.1 ท่านเป็นโรคเบาหวานหรือไม่ / Are you diabetic ? ใช่ / Yes ไม่ใช่ / No

9.2 ท่านเคยมีระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงขึ้นหรือไม่ / Have you ever had elevated blood sugar levels ? ใช่ / Yes ไม่ใช่ / No

9.3 ท่านเคยได้รับยาฮอร์โมนอินซูลินหรือยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือไม่
Have you ever taken insulin or other blood sugar lowering medicine ? ใช่ / Yes ไม่ใช่ / No

10) ท่านเคยมีอาการเหล่านี้หรือไม่ / Have you ever had any of the following ?

- ความดันโลหิตสูง / High blood pressure ใช่ / Yes ไม่ใช่ / No

- โรคหัวใจ / A heart attack ใช่ / Yes ไม่ใช่ / No

- ปัญหาเกี่ยวกับหัวใจ / Any heart problems ใช่ / Yes ไม่ใช่ / No

- อาการเจ็บหน้าอก / Chest pains or angina ใช่ / Yes ไม่ใช่ / No

- หัวใจเต้นผิดปกติ / Irregular heart rate ใช่ / Yes ไม่ใช่ / No

- การทดสอบการเดินของหัวใจ / Treadmill stress test ใช่ / Yes ไม่ใช่ / No

- การสวนหัวใจ / Cardiac Catheterization ใช่ / Yes ไม่ใช่ / No

ถ้าใช่ กรุณาระบุรายละเอียด / If so, please specify.....

11) ท่านเคยมีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาหรือไม่ ใช่ / Yes ไม่ใช่ / No

Have you ever had any trouble breathing in the past 10 years ? If so, please specify
ถ้าใช่ กรุณาระบุรายละเอียด / If so, please specify.....

12) 12.1 ท่านเคยมีปัญหาเกี่ยวกับ หลอดเลือดแดง หลอดเลือดดำ เส้นประสาท ในขาหรือไม่ ใช่ / Yes ไม่ใช่ / No
Have you ever had problems with the veins arteries nerves in your legs ? please specify

ถ้าใช่ กรุณาระบุรายละเอียด / If so, please specify.....

12.2 ท่านเคยได้รับความเจ็บปวด, เหน็บชา, หรือมีความรู้สึกขาถูกตีแทงในขา ขณะเดินหรือไม่ ใช่ / Yes ไม่ใช่ / No

Do you get pain, numbness or tingling in your legs when you walk ?
ถ้าใช่ กรุณาระบุรายละเอียด / If so, please specify.....

13) ท่านเคยได้รับยาตามรายการข้างล่างนี้หรือไม่ / Do you take

- ฮอร์โมนอินซูลิน / Insulin ใช่ / Yes ไม่ใช่ / No

- ยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด / Blood sugar lowering medicines ใช่ / Yes ไม่ใช่ / No

- ยาควบคุมความดันโลหิตสูง / Blood pressure medicines ใช่ / Yes ไม่ใช่ / No

- ยาควบคุมการแข็งตัวของโลหิต / Blood thinning medicines (Anticoagulants) ใช่ / Yes ไม่ใช่ / No

- ยาโรคหัวใจ / Nitroglycerin or other heart medications ใช่ / Yes ไม่ใช่ / No

- ยาควบคุมระดับไขมันในเลือด / Cholesterol lowering medicines ใช่ / Yes ไม่ใช่ / No

- ยาภูมิแพ้หรือยาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ (ยกตัวอย่างเช่น การสูดดม, การพ่นยา)
Prednisone or breathing medicines (i.e. inhalers or nebulizers)

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

14) ท่านเคยมีอาการทางสมอง, หลอดเลือดสมอง, หรือมีอาการมึนศีรษะ อาการหมดสติ หรือเป็นลม ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาหรือไม่ ใช่ / Yes ไม่ใช่ / No

Have you ever had a stroke, ministroke (TIA) or dizzy spells, collapse or black out within the past 10 years ?
ถ้าเคย โปรดระบุ / If so, please specify.....

15) ขณะนี้ท่านได้รับประทานยาหรือแพทย์สั่งยาใดๆให้แก่ท่านหรือไม่ ใช่ / Yes ไม่ใช่ / No

Do you currently take or has been prescribed any medicines ?
ถ้าเคย โปรดระบุ / If so, please specify.....

16) ท่านเคยเป็นโรคหอบหืด, มีอาการผิดปกติอย่างเรื้อรังของปอด หรือปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจหรือไม่ ใช่ / Yes ไม่ใช่ / No
Do you have asthma, emphysema / COPD or other breathing problems ?

17) ท่านเคยเป็นโรคปอดบวม หรือโรคหลอดลมอักเสบ ในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาหรือไม่ ใช่ / Yes ไม่ใช่ / No
Have you had pneumonia or bronchitis within the past 5 years ?

18) ท่านเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในช่วงระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมาหรือไม่ ใช่ / Yes ไม่ใช่ / No
Have you been hospitalized within the past 10 years ?
ถ้าเคยรักษาโรคอะไร / If so, for what ?..... ตั้งแต่เมื่อใด, เป็นเวลากี่วัน / And for how long ?.....

19) ท่านเคยได้รับการรักษาหรือได้รับคำแนะนำให้รับการผ่าตัดหรือทำหัตถการทางการแพทย์ตัวอย่างเช่น การส่องกล้องกระเพาะ
หรือลำไส้ เป็นต้น หรือไม่ ใช่ / Yes ไม่ใช่ / No
Have you ever had, or been advised to have ,any surgical operation, any kind of invasive medical procedure
e.g. Gastroscopy or Colonoscopy ?
ถ้าใช่ โปรดระบุ / If so, please specify.....

20) บิดา มารดา หรือญาติพี่น้องของท่าน เสียชีวิตก่อนอายุครบ 60 ปีหรือไม่ ใช่ / Yes ไม่ใช่ / No
Did your parents or siblings (brothers / sisters) die at less than 60 years of age ?
ถ้ามี กรุณาระบุอายุและสาเหตุของการเสียชีวิต / If so please list age and cause of death.

ถ้อยแถลงข้างต้นนั้นเป็นความจริง และสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ และข้าพเจ้าเข้าใจว่าบริษัทฯ เชื่อตามถ้อยแถลงนั้น นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่
บริษัท แปซิฟิกครอสประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) ในการร้องขอหรือทราบข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสุขภาพร่างกายของข้าพเจ้าได้จากแพทย์
โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใดที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้าสำเนาภาพถ่ายของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลสมบูรณ์เช่นเดียวกับฉบับ

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.

ผู้ขอเอาประกันภัยกรุณาตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดหรือแถลงความเท็จใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 หากมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยนี้ โปรดติดต่อขอคำแนะนำได้จากสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทฯ / FOR OFFICE USE ONLY

.....
.....