



Lifestyle Series
for **“LONG STAY VISA”**

Experience Matters

ใบคำขอเอาประกันสุขภาพและอุบัติเหตุ “Long Stay Visa”

Application Form for Health and Personal Accident Insurance “Long Stay Visa”



แบบสอบถาม (Medical Questions)		
กรุณาตอบคำถามด้านล่างนี้ หากข้อใดตอบ “ใช่/เคย” กรุณาระบุชื่อและที่อยู่ของโรงพยาบาล หรือคลินิก สถานพยาบาลเจ็บหรือการเจ็บป่วย และวันที่รักษา สถานปัจจุบัน และข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โปรดระบุเพิ่มเติมในข้อ 8 Kindly answer the questions below. For each “Yes” answer please identify provider’s name (hospital or clinic) and address, injury or illness condition, date of treatment, current clinical and other relevant information. Please specify in Question 8	ใช่/เคย Yes	ไม่ใช่/ไม่เคย No
1. ขณะนี้ท่านได้รับความคุ้มครองจากกรมธรรม์ประกันสุขภาพใดๆ หรือไม่? (กรุณาแนบสำเนากรมธรรม์ประกันภัย และตารางกรมธรรม์ประกันภัย) Are you currently covered by any other Health Insurance policy? (If Yes, please enclose a copy of the policy and benefit schedule)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการประกันภัย เพิ่มเบี้ยประกัน เพิ่มเงื่อนไข, ยกเลิกประกันสุขภาพ หรือประกันชีวิตหรือไม่? หากเคย กรุณาระบุรายละเอียด Have you ever had any Health or Life Insurance policy declined, postponed, rate adjusted, restricted or cancelled? If yes, please clarify. 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยมีอาการ หรือได้รับคำแนะนำ หรือได้รับการวินิจฉัย หรือได้รับการรักษาเกี่ยวกับโรคดังต่อไปนี้ หรือไม่? In the past 10 years, have you ever had symptoms of, or been made aware of, or diagnosed with, or treated for any of the following?		
3.1 - อาการปวดศีรษะ ไมเกรน (Headaches, Migraines) - โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease or Disorders) - ความผิดปกติอื่นๆ ของระบบประสาท (Any other Disease or Disorders of Neurological System) - เจ็บหน้าอก โรคหัวใจ (Chest Pain / Heart Disease) - ใจสั่น (Palpitations) - หัวใจเต้นผิดปกติ (Arrhythmias) - ความผิดปกติของปอด หัวใจ ระบบไหลเวียนโลหิต (Any Disorders of Lungs, Heart or Blood Circulation System) - เส้นเลือดขอด (Varicose Veins) - เบาหวาน (Diabetes) - ความดันโลหิตสูง (Hypertension) - ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ (Dyslipidemia) - โรคเลือด ฮอร์โมน หรือต่อมต่างๆ ของร่างกาย (Blood Disease, Hormonal or Glandular Disease)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.2 - ระบบทางเดินหายใจ (Respiratory System) - ถุงลมโป่งพอง (Emphysema) - ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) - หอบหืด (Asthma) - หลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้น (Bronchial Hyper responsiveness) - ภูมิแพ้ทางเดินหายใจ (Respiratory Allergy) - ปัญหาด้านการหายใจอื่นๆ โปรดระบุ (Any other Breathing Problems, please specify)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.3 - โรคจิต (Psychosis) - โรคจิตเวช (Psychiatric Disorders) - เครียด วิตกกังวล นอนไม่หลับ (Stress, Anxiety, Insomnia) - อารมณ์แปรปรวน (Mood Disorder) - ตื่นตระหนก (Panic Disorders) - ซึมเศร้า (Depression)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.4 - ชัก หรือลมบ้าหมู (Seizures or Epilepsy) - เป็นลม หมืดสติ (Fainting or Black-out Spells)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.5 - ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal Problems) - กรดไหลย้อน (GERD - Acid Reflux) - แผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้ เลือดออกในทางเดินอาหาร (Stomach or Intestinal Ulcers, Gastrointestinal Bleeding) - ลำไส้แปรปรวน ลำไส้อักเสบ โรคถุงผนังของลำไส้ (IBS, Inflammatory Bowel Disease (IBD), Diverticular Disease) - ตับอ่อนอักเสบ ตับอักเสบ ไขมันพอกตับ (Pancreatitis, Hepatitis, Fatty Liver) - โรคของถุงน้ำดี นิ่วในถุงน้ำดี ท่อทางเดินน้ำดี (Gallbladder Disease, Gallstones, Bile Duct Disease) - โลหิตจาง (Anemia) - ไส้เลื่อน, ริดสีดวง (Hernias, Hemorrhoid) - แพ้อาหาร (Food allergy) - ความผิดปกติอื่นๆ ของกระเพาะอาหาร ตับ หรือลำไส้ (Other disorders of Stomach, Liver or Intestine disorders)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ใบคำขอเอาประกันสุขภาพและอุบัติเหตุ “Long Stay Visa”

Application Form for Health and Personal Accident Insurance “Long Stay Visa”



แบบสอบถาม - ต่อเนื่อง (Medical Questions - Continued)	ใช่/เคย Yes	ไม่ใช่/ไม่เคย No
5. เฉพาะสตรีเท่านั้น (FOR WOMEN ONLY) :		
5.1 ท่านกำลังตั้งครรภ์อยู่หรือไม่? ถ้าใช่ โปรดระบุอายุครรภ์ Are you pregnant? If yes, please specify number of weeks of the pregnancy สัปดาห์ / Weeks	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.2 ในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยมีโรคหรือความผิดปกติเกี่ยวกับเต้านม มดลูก รังไข่ ท่อรังไข่ ปากมดลูก ประจำเดือน ระบบสืบพันธุ์ การตั้งครรภ์หรือการคลอดบุตรรวมถึงภาวะแทรกซ้อน การแท้งบุตร หรือเคยรับการตรวจวินิจฉัยและ/หรือรักษาภาวะมีบุตรยากหรือไม่? In the past 10 years, have you had any diseases or disorders of the breast, uterus, ovaries, fallopian tubes, cervix, menstruation, reproductive system, abortion or miscarriage? If yes, please specify. 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.3 ท่านเคยคลอดบุตรมาก่อนหรือไม่? Have you had a prior child delivery? ผ่าคลอดทางหน้าท้อง Surgical Delivery/C-Section? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No ปี: year	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 ท่านเคยได้รับคำแนะนำให้ตรวจวินิจฉัย ตรวจสอบสุขภาพ หรือวิธีการอื่นใดนอกเหนือจากที่ระบุไว้ข้างต้นหรือไม่? ถ้าใช่โปรดระบุ Have you ever been advised to have any medical test, medical check-up or procedure other than as noted above? If yes, please specify. 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.1 ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่ ชิการ์ หรือนูรีหรือไม่? ถ้าใช่ ท่านสูบเป็นจำนวนกี่มวนต่อวัน? Do you currently smoke a pipe, cigars or cigarettes? มวน How many sticks do you smoke per day? มวน / Sticks	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.2 ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่? ถ้าใช่ โปรดระบุ (จำนวนโดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์) Do you drink alcohol? If yes, please specify (average units per week consumed) 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ท่านเคยได้รับการตรวจพิเศษ เช่น เอ็มอาร์ไอ ซีที สแกน การผ่าตัด หรือหัตถการทางการแพทย์ใดๆ เช่นการส่องกล้องตรวจหรือไม่ ถ้าเคย โปรดระบุรายการหัตถการ วันที่ตรวจ และผลตรวจ Have you ever had any special medical examination (such as MRI, CT Scan) any surgical, or procedures e.g. endoscopy? If yes, for what? When? And the results? 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ถ้าท่านตอบ “ใช่/เคย” ในคำถามที่กล่าวมาในข้อข้างต้นข้อใดข้อหนึ่ง กรุณาให้รายละเอียดในช่องว่างด้านล่าง หรือในเอกสารเพิ่มเติม When you answered “Yes” to any question in this form, please give details in the space below or put on additional paper. 		

ใบคำขอเอาประกันสุขภาพและอุบัติเหตุ "Long Stay Visa"
Application Form for Health and Personal Accident Insurance "Long Stay Visa"



ด้วยแถลงข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ และสมบูรณ์ตามที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ และข้าพเจ้าเข้าใจว่าบริษัท เชื่อตามถ้อยแถลงนี้ ข้าพเจ้าเข้าใจว่าค่าเบี้ยประกันภัยที่บริษัท ได้เสนอมานั้นโดยอ้างอิงข้อมูลในใบคำขอเอาประกันภัยข้างต้นนี้ โดยยึดถือว่าข้าพเจ้าและครอบครัวของข้าพเจ้าพำนักอยู่ในประเทศไทยและข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าค่าเบี้ยประกันภัยที่เสนอมานั้นในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ และ/หรือในเอกสารอื่นใด (ถ้ามี) อาจมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่กับข้อมูลสุขภาพ และ/หรือบันทึกประวัติการรักษาของข้าพเจ้า

นอกจากนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนที่ได้รับมอบอำนาจจากบริษัท ร้องขอ หรือทราบข้อมูลหรือถ่ายสำเนาจากบันทึกประวัติการรักษาพยาบาล การตรวจสุขภาพ และ/หรือข้อมูลสุขภาพของข้าพเจ้าได้จากแพทย์โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องราวเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้าจนแล้วเสร็จ สำเนาภาพถ่ายของเอกสารนี้ให้มีผลเช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อมูลของข้าพเจ้า และข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อหรือต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย หรือเพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์

All the above statements are true and have been completed to the best of my knowledge and belief, and I understand that The Company, believing them to be such, will rely upon them. I further understand that the premium quoted above or elsewhere, unless otherwise advised by Pacific Cross Health Insurance PCL are quoted in respect of me and my family being residents of Thailand. I do understand that the quoted premium in this document and/or other documents (if any) may be loaded in regard to my health information and/or health record.

I do hereby give my consent to Pacific Cross Health Insurance PCL or its representative to request copies of any kind of information regarding my health records or health condition from any physician, healthcare provider, or any organization until completion. A photocopy of this statement shall be as effective and valid as the original.

I hereby give my consent to Pacific Cross Health Insurance PCL to collect, use and disclose information pertaining to my health and any other information to insurance company or reinsurance company or the Office of Insurance Commission (OIC) or legal authorities or medical professional personnel for the purpose of Insurance Business Compliance or The Company's underwriting decision or benefit payment decision or medical use.

แผนประกันสุขภาพ (Long Stay Visa Plan)	เอกสารประกอบการพิจารณารับประกันภัย (Document for underwriting)
<ul style="list-style-type: none">Platinum 1Platinum 2Platinum 3Other.....	<ol style="list-style-type: none">สำเนาหนังสือเดินทาง : Copy of passportผลการตรวจสุขภาพตามแบบฟอร์ม สำหรับผู้เอาประกันภัยที่อายุ 65 ปีขึ้นไป : Physician Examination Report when the insured age is 65 years old or over

.....

ผู้ขอเอาประกันภัย Applicant's Signature	ลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ) Guardian's Signature (Applicant on behalf of a Minor)	วัน/เดือน/ปี Date/Month/Year
--	--	---------------------------------

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะซึ่งบริษัทมีสิทธิออกคำสั่งสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

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.

<ul style="list-style-type: none">ประกันภัยตรง Directตัวแทนประกันวินาศภัย Agentนายหน้าประกันวินาศภัย Broker	ใบอนุญาตเลขที่ License No.
---	-------------------------------

บริษัท แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน)

3 อาคารรัชนาการ ชั้นที่ 16 โซนบีซี ถนนสาทรใต้ แขวงคันทนาเยาว เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120

Pacific Cross Health Insurance PCL

3 Rajanakarn Building 16th Floor Zone BC, South Sathorn Road, Yanawa, Sathorn, Bangkok 10120

T: 02 401 9189 | F: 02 401 9188 | E: contactus@th.pacificcrosshealth.com | www.pacificcrosshealth.com