

# LIFESTYLE SERIES APPLICATION

*A New Lifestyle for a New Generation*

*Experience Matters*

โปรดกรอกข้อมูลตามจริงเพื่อผลประโยชน์ของท่าน / Please complete this section for your advantages

รายละเอียดผู้สมัคร ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ  
Applicant's Details Mr. Mrs. Ms. Others .....

วันเริ่มต้นประกันภัย  
Insurance Period Commencing Date

ชื่อและนามสกุล  
Name and Family Name

อายุ  
Age

**1. เลือกแผนความคุ้มครอง (Select your protection plan)**

				เบี้ยมาตรฐาน (Base Premium)
<input type="checkbox"/> Standard Plan	<input type="checkbox"/> Premier Plan	<input type="checkbox"/> Maxima Plan	<input type="checkbox"/> Ultima Plan	
<input type="checkbox"/> Standard Plus Plan	<input type="checkbox"/> Premier Plus Plan	<input type="checkbox"/> Maxima Plus Plan	<input type="checkbox"/> Ultima Plus Plan	
<input type="checkbox"/> Standard Extra Plan				

**2. เลือกส่วนลด (Discount Options)**

ผู้ป่วยนอก (OPD Benefit)	<input type="checkbox"/> ไม่คุ้มครองผู้ป่วยนอก (Exclusion of Outpatient Benefit)	20%	
ความรับผิดส่วนแรก (Deductible)	<input type="checkbox"/> ไม่คุ้มครอง 40,000 บาทแรก (40,000 THB Deductible)	25%	
*** ผู้สมัครแผน Standard Plan & Standard Plus ไม่สามารถเลือกรับส่วนลดนี้ The deductible discount option is not applicable for standard and standard plus plan	<input type="checkbox"/> ไม่คุ้มครอง 100,000 บาทแรก (100,000 THB Deductible)	32.5%	
	<input type="checkbox"/> ไม่คุ้มครอง 200,000 บาทแรก (200,000 THB Deductible)	40%	
	<input type="checkbox"/> ไม่คุ้มครอง 300,000 บาทแรก (300,000 THB Deductible) ส่วนลดเหล่านี้จะถูกคำนวณเป็นลำดับขั้นจากเบี้ยประกันภัยที่หักส่วนลดอื่นแล้ว(ถ้ามี) These discounts are to be applied progressively from base premium above	50%	

**3. เลือกความคุ้มครองเพิ่มเติม (Optional Benefits)**

*** ผู้สมัครแผน Standard ทุกแผนไม่สามารถเลือกซื้อความคุ้มครองเพิ่มเติมด้านทันตกรรมและจักษุได้ The optional benefits of dental and vision are not applicable for all type of standard plan	<input type="checkbox"/> ความคุ้มครองทางทันตกรรม (Dental Benefit)	
	<input type="checkbox"/> ความคุ้มครองทางจักษุ (Vision Benefit)	
	<input type="checkbox"/> ประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล (Personal Accident) ข้อเพิ่ม 145 บาทต่อความคุ้มครอง 100,000 บาท (Additional Premium THB 145/ THB 100,000) โปรดระบุจำนวนเงินความคุ้มครองเพิ่ม (Please identify Additional Coverage Amount) .....	

**4. ค่าเบี้ยประกันรายปี (Annual Premium)**

เบี้ยประกันภัยสุทธิ (Net Premium)	
อากรแสตมป์ 0.4% (Stamp Duty 0.4%)	
เบี้ยประกันภัยรวม (Total Premium)	

\*การเลือกเข้ารักษาในกลุ่มประเทศอเมริกาเหนือ ญี่ปุ่น ฮองกง กลุ่มสหภาพยุโรป และสวิตเซอร์แลนด์ ผลประโยชน์นี้จะพิจารณาเป็นราย ๆ โดยบริษัทขอสงวนสิทธิ์ที่จะพิจารณารับเงื่อนไข  
Elective Treatment for North America, Japan, HongKong, EU Countries and Switzerland - This Benefits is permitted only on a case by case basis with no guarantee of acceptance.

ลงนาม (ผู้ขอเอาประกันภัย)  
Applicant's Signature

วันที่ (วัน/เดือน/ปี)  
Date (DD/MM/YYYY)

ชื่อตัวแทน/นายหน้า  
Broker/Agents Name

รหัสตัวแทน/นายหน้า  
Broker/Agents Code

รายละเอียดผู้สมัคร (Applicant's Details)			
คำนำหน้า <input type="checkbox"/> นาย <input type="checkbox"/> นาง <input type="checkbox"/> นางสาว <input type="checkbox"/> อื่นๆ Title : Mr. Mrs. Ms. Other .....		ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย : Applicant's Name (UPPER CASE)	
เพศ : <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง Sex : Male Female	วันเดือนปีเกิด <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Date of Birth DD MM YY YY	เลขที่บัตรประชาชน : ID Card / Passport No.	
สถานภาพสมรส : <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> หย่า Marital Status : Single Married Widowed Divorced		อายุ : Age :	สัญชาติ : Nationality
อาชีพ : Occupation	น้ำหนัก (กก.) : Weight (kg.)	ส่วนสูง (ซม.): Height (cm.)	รอบเอว Waist (cm.)
ที่อยู่ : Address			
อีเมล : Email :		โทรศัพท์ : Tel.	
ผู้รับผลประโยชน์ (Beneficiary)			
ชื่อ-สกุล : Name-Surname		เพศ : Gender	
วันเดือนปีเกิด : Date of Birth		ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย : Relationship with insured person	
แบบสอบถาม (Medical Questions)			
กรุณาตอบคำถามด้านล่างนี้ หากในข้อใดที่ผู้ขอเอาประกันภัยตอบ “ใช่” กรุณาใส่รายละเอียดที่จำเป็นรวมทั้งชื่อของแพทย์/ศัลยแพทย์, ที่อยู่, หมายเลขโทรศัพท์/โทรสาร, สถานะการเจ็บป่วยประเภท และวันที่ทำการรักษา สภาพปัจจุบัน และข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง Kindly answer the questions below in respect of each applicant for each “Yes” answer please provide all necessary details including hospital and doctor/surgeon's name address/phone/fax, condition, nature/date of treatment, current status and other relevant information.			<b>ใช่</b> <b>Yes</b>
1.1 ขณะนี้ท่านได้รับความคุ้มครองจากกรมธรรม์ประกันสุขภาพใดๆ หรือไม่? (กรุณาแนบสำเนากรมธรรม์ประกันภัย และตารางกรมธรรม์ประกันภัย) Are you currently covered by any medical policy? (Please submit a copy of the policy and benefit schedule)			<b>ไม่ใช่</b> <b>No</b>
1.2 ท่านเคยถูกปฏิเสธ เพิ่มเบี้ยประกัน เพิ่มเงื่อนไข หรือยกเลิกประกันสุขภาพ หรือประกันชีวิตหรือไม่? Has any medical or life insurance application been declined, rated, restricted, or cancelled?			
2. ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยมีอาการ หรือได้รับคำแนะนำ หรือวินิจฉัย หรือได้รับการรักษาเกี่ยวกับโรคดังต่อไปนี้หรือไม่? ถ้าใช่ กรุณาวางกลมหรือขีดเส้นใต้ที่ความผิดปกติเหล่านั้น In the past 10 years have you had symptoms of, or been made aware of, or diagnosed with, or treated for any of the following? If yes, please specify by circling or underlining of those impairments			<b>ใช่</b> <b>Yes</b>
2.1 ความดันโลหิตสูง เจ็บหน้าอก ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ มีนงง หน้ามืดเป็นลม ใจสั่น หัวใจเต้นผิดปกติ เบาหวาน ความผิดปกติของปอด หัวใจ ระบบไหลเวียนโลหิต High blood pressure/hypertension, chest pain, cholesteral problem, dizziness, fainting spells, palpitations, arrhythmias, diabetes, any disorders of lung, heart and blood circulatory			
2.2 ระบบทางเดินหายใจ อาการภูมิแพ้ หายใจลำบาก หอบหืด ถุงลมโป่งพอง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปอดอักเสบ หลอดลมอักเสบ ทางเดินหายใจอุดกั้นขณะนอนหลับ หรือปัญหาด้านการหายใจ Respiratory or allergic condition, difficulty breathing, asthma, COPD, emphysema, pneumonia, bronchitis, sleep apnea or any other breathing problem			
2.3 เครียด วิตกกังวล เป็นลม หมดสติ มีนงง อารมณ์แปรปรวน อาการชัก ปวดหัว ไมเกรน ติดรู่รา หรือสารเสพติด หรือโรคจิต หรือโรคประสาท Stress, anxiety, fainting or black-out spells, dizziness, mood disturbances, seizures or epilepsy, headaches or migraines, drug or alcohol abuse or any other psychiatric or mental disorders			



	ใช่ Yes	ไม่ใช่ No						
<p><b>เฉพาะสตรีเท่านั้น :</b> ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยมีโรคเกี่ยวกับเต้านม โรคที่เกี่ยวกับมดลูก รังไข่ ท่อนำไข่ ความผิดปกติของประจำเดือน ความผิดปกติของ ระบบสืบพันธุ์ การตั้งครรภ์ หรือโรคแทรกซ้อนหรือไม่? ถ้าใช่ โปรดระบุ</p> <p><b>FOR WOMEN ONLY :</b> Have you in the past 10 years had any breast disorders, diseases of uterus, ovaries, tubes or cervix, menstruation disorder, gynecological disorder or pregnancy-related disease or complication? If so, please specify?</p> <p>.....</p>								
<p>ท่านกำลังตั้งครรภ์อยู่หรือไม่? ถ้าใช่ โปรดระบุอายุครรภ์      ตั้งครรภ์      เดือน</p> <p>Are you pregnant? If so, please specify      Pregnant      months</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<p>6. ท่านเคยได้รับคำแนะนำให้ตรวจวินิจฉัย ตรวจสุขภาพ หรือวิธีการอื่นใดนอกเหนือจากที่ระบุไว้ข้างต้นหรือไม่? ถ้าใช่ โปรดระบุ</p> <p>Have you been advised to have any medical test, medical check up or procedure other than as noted above?</p> <p>If so, please specify</p> <p>.....</p>								
<p>7. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่ ชีการ์ หรือบุหรี่หรือไม่? ถ้าเคย ท่านสูบเป็นจำนวนกี่ซองต่อวัน?      ของ</p> <p>Do you currently smoke pipes, cigars or cigarettes and how many packs do you smoke per day?      Packs</p>								
<p>7.2 ท่านเคยสูบบุหรี่หรือไม่? ถ้าเคย สูบมานานกี่ปี?      ปี      หากเลิกสูบ เลิกสูบเมื่อไร?      (ระบุจำนวนปี)</p> <p>(Have you ever smoked? If so, for how many years?      Years. And, when did you stop?      Years)</p> <p>กรุณาระบุสาเหตุของเลิกสูบบุหรี่ (Please specify the reason you quit smoking)</p> <p>.....</p>								
<p>7.3 ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่? ถ้าใช่ โปรดระบุ (จำนวนโดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์)</p> <p>Do you drink alcohol? If yes, please specify (average units per week)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>เบียร์ (Beer)</th> <th>ไวน์ (Wine)</th> <th>เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (Spirits)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(300 มิล (ml)) = 1 หน่วย (unit)</td> <td>(100 มิล (ml)) = 1 หน่วย (unit)</td> <td>(30 มิล (ml)) = 1 หน่วย (unit)</td> </tr> </tbody> </table>	เบียร์ (Beer)	ไวน์ (Wine)	เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (Spirits)	(300 มิล (ml)) = 1 หน่วย (unit)	(100 มิล (ml)) = 1 หน่วย (unit)	(30 มิล (ml)) = 1 หน่วย (unit)		
เบียร์ (Beer)	ไวน์ (Wine)	เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (Spirits)						
(300 มิล (ml)) = 1 หน่วย (unit)	(100 มิล (ml)) = 1 หน่วย (unit)	(30 มิล (ml)) = 1 หน่วย (unit)						
<p>8. ท่านเป็นโรคเบาหวาน เคยมีระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงขึ้น เคยได้รับยาฮอร์โมนอินซูลิน หรือยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือไม่? ถ้าใช่ เป็นมาเป็นระยะเวลาานเท่าใด?</p> <p>Are you diabetic, have you ever had elevated blood sugar levels, have you ever taken insulin or other blood sugar lowering medicine? If so, for how long?</p> <p>.....</p>								
<p>9. ท่านเคยมีโรคหัวใจ ปัญหาเกี่ยวกับหัวใจ อาการเจ็บหน้าอก หัวใจเต้นผิดปกติ การทดสอบการเดินของหัวใจ การสวนหัวใจหรือไม่? ถ้าใช่ เป็นมาตั้งแต่เมื่อใด?</p> <p>Have you ever had a heart attack, any heart problems, chest pains or angina, irregular heart rate, treadmill stress test, Cardiac Catheterization? If so, when?</p> <p>.....</p>								
<p>10. ท่านเคยมีปัญหาเกี่ยวกับ      <input type="checkbox"/> หลอดเลือดดำ      <input type="checkbox"/> หลอดเลือดแดง      <input type="checkbox"/> เส้นประสาทในขา หรือไม่?</p> <p>Have you ever had problems with      Veins      Arteries      Nerves in your legs?</p>								
<p>11. ท่านมีความดันโลหิตสูงและท่านเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาหรือไม่? ถ้าใช่ โปรดระบุ</p> <p>Do you have high blood pressure and have you been treated for high blood pressure within the last 10 years?</p> <p>If so, please specify</p> <p>.....</p>								
<p>12. ท่านเคยมีอาการทางสมอง หลอดเลือดสมอง หรือมีอาการมึนศีรษะ หหมดสติในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาหรือไม่? ถ้าเคย โปรดระบุ</p> <p>Have you ever had a stroke, mini-stroke (TIA) or dizzy spells, lost consciousness within the last 10 years? If so, please specify</p> <p>.....</p>								

	ใช่ Yes	ไม่ใช่ No
<p>13. ท่านเคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่? ถ้าเคย ผ่าตัดอะไร และเมื่อใด?</p> <p>Have you ever had any surgical operations? If so, for what? And when?</p> <p>.....</p>		
<p>14. บิดา มารดา หรือญาติพี่น้องของท่าน เสียชีวิตก่อนอายุครบ 60 ปีหรือไม่? ถ้ามี กรุณาระบุอายุ และสาเหตุของการเสียชีวิต</p> <p>Did your parents or siblings (brothers/sisters) die at less than 60 years of age? If so, please list age and cause of death.</p> <p>.....</p>		
<p>ถ้าท่านตอบ “ใช่” ในคำถามที่กล่าวมาข้างต้น กรุณาให้รายละเอียดในช่องว่างด้านล่าง หรือในเอกสารเพิ่มเติม</p> <p>When you answered “Yes” to any of the questions on the above pages of this form please give details in the space below or on additional paper as required.</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ ข้าพเจ้าเข้าใจว่าค่าเบี้ยประกันภัยที่บริษัทฯ ได้เสนอมาตามข้อมูลในใบคำขอเอาประกันภัยข้างต้นนี้ได้เสนอราคาโดยยึดถือว่าข้าพเจ้าและครอบครัวของข้าพเจ้าพำนักอาศัยประจำอยู่ในประเทศไทย หากถ้อยแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทขอเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้ บริษัท แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) ในการร้องขอ หรือทราบข้อมูล หรือถ่ายสำเนาจากบันทึกประวัติการรักษาพยาบาล และสุขภาพร่างกายของข้าพเจ้าได้จากแพทย์โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์กรอื่นใดที่มีบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้าเสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำเอง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือมอบอำนาจนี้ให้มีผลสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

All the above statements 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 on them. I further understand that the premiums quoted above, or elsewhere, unless otherwise advised by Pacific Cross Health Insurance PCL. are quoted in respect of me and my family being resident in Thailand. I do hereby appoint Pacific Cross Health Insurance PCL. as the Attorney-in-face to request copies or any kind of information regarding my health records or health condition from any physician, health care provider, or any organization on my behalf until completion. A photocopy of this statement shall be as effective and valid as the original.

.....  
ลงลายมือชื่อผู้สมัคร (Applicant's Signature)

วันที่ (Date).....เดือน(Month)..... ปี(Year).....

**WARNING BY OFFICE OF INSURANCE COMMISSION.**

**คำเตือนโดยสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)**

ผู้ขอเอาประกันภัยกรุณาตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดหรือแถลงความเท็จใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 หากมีปัญหาใดๆ เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยนี้ โปรดติดต่อขอคำแนะนำได้จากสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (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.

For office use only / สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทฯ	ชื่อตัวแทน/นายหน้า (Broker/Agent Name)	
	รหัสตัวแทน/นายหน้า (Broker/Agent Code)	