

A member of the Pacific Cross Group of Companies

LIFESTYLE SERIES APPLICATION

A New Lifestyle for a New Generation



โปรดกรอกข้อมูลตามจริงเพื่อผลประโยชน์ของท่าน / Please complete this section for your advantages							
รายละเอียดผู้สมัคร 🗌 นาย 🔲 นาง 🗎 นางสาว 🗌 อื่น ๆ วันเริ่มต้นประกันภัย Applicant's Details Mr. Mrs. Ms. Others Insurance Period Com			mmencing Date				
ชื่อและนามสกุล Name and Family Name Age							
1. เลือกแผนความคุ้มครอ	าง (Select your pro	tection plan)					
							เบี้ยมาตรฐาน (Base Premium)
☐ Standard Plan	☐ Premier Plan		☐ Maxima Plan		☐ Ulltima Plan		
☐ Standard Plus Plan	☐ Premier Plus Plan		☐ Maxima Plus Plan		☐ Ultima Plus Plan		
☐ Standard Extra Plan							
2. เลือกส่วนลด (Discoun	t Options)						
ผู้ป่วยนอก (OPD Benefit)		🗆 ไม่คุ้มครอ	งผู้ป่วยนอก	(Exclusion of Outpati	ent Benefit)	20%	
ความรับผิดส่วนแรก (Deduc	ctible)	🗌 ไม่คุ้มครอ	ง 40,000 บา	ทแรก (40,000 THB	Deductible)	25%	
*** ผู้สมัครแผน Standard Plan	& Standard Plus	่ ไม่คุ้มครอง 100,000 บาทแรก (100,000 THB Deductible) 32.5%					
ไม่สามารถเลือกรับส่วนลดนี้ The deductible discount option is not applicable for standard and standard plus plan		่ ไม่คุ้มครอง 200,000 บาทแรก (200,000 THB Deductible) 40%					
		่ ไม่คุ้มครอง 300,000 บาทแรก (300,000 THB Deductible) 50% ส่วนลดเหล่านี้จะถูกคำนวณเป็นจำดับขั้นจากเบี้ยประกันภัยที่หักส่วนลดอื่นแล้ว(ถ้ามี) These discounts are to be applied progressively from base premium above					
 สือกความคุ้มครองเพิ่ม 	นเติม (Optional Be	nefits)					
*** ผู้สมัครแผน Standard ทุก							
ชื้อความคุ้มครองเพิ่มเติมด้านที่ The optional benefits of denta		☐ ความคุ้มครองทางจักษุ (Vision Benefit)					
applicable for all type of standard plan		ประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล (Personal Accident) ชื้อเพิ่ม 145 บาทต่อความคุ้มครอง 100,000 บาท (Additional Premium THB 145/ THB 100,000) โปรดระบุจำนวนเงินความคุ้มครองเพิ่ม (Please identify Additional Coverage Amont)					
4. ค่าเบี้ยประกันรายปี (Ar	nnual Premium)						
	เบี้ยประกันภัยสุทธิ (Net Premium)						
	อากรสแตมป์ 0.4% (Stamp Duty 0.4%)						
		เบี้ยประกันภัยรวม (Total Premium)					
*การเลือกเข้ารักษาในกลุ่มประเทศอเมริกาเหนือ ญี่ปุ่น ฮ่องกง กลุ่มสหภาพยุโรป และสวิสเซอร์แลนด์ ผลประโยชน์นี้จะพิจารณาเป็นราย ๆ โดยบริษัทขอสงวนสิทธิ์ที่จะพิจารณารับเงื่อนไขนี้ 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 □นาย □นาง □นางสาว □อื่นๆ	ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย :			
Title: Mr. Mrs. Ms. Other	Applicant's Name (UPPER CASE)			
เพศ : 🗆 ซาย 🔲 หญิง 🦰 วันเดือนปีเกิด 🦳 📗 📗 🦳	เลขที่บัตรประชาชน :			
Sex : Male Female Date of Birth DD MM Y Y Y Y	ID Card / Passport No.			
สถานภาพสมรส : □ โสด □ สมรส □ หม้าย □ หย่า	อายุ :	สัญชาติ :		
Maritial Status : Single Married Widowed Divorced	Age:	Nationality		
อาชีพ : น้ำหนัก (กก) :	ส่วนสูง (ขม.):	รอบเอว		
Occupation Weight (kg.)	Height (cm.)	Waist (cm.)		
ที่อยู่ :				
Address				
อีเมล์ :	โทรศัพท์ :			
Email:	Tel.			
ผู้รับผลประโยชน์ (Beneficiary)				
ชื่อ-สกุล :	IWM:			
Name-Surname	Gender			
วันเดือนปีเกิด :	ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย :			
Date of Birth	Relationship with insured person			
แบบสอบถาม (Medical Questions) กรุณาตอบคำถามด้านล่างนี้ หากในข้อใดที่ผู้ขอเอาประกันภัยตอบ "ใช่" กรุณาที่อยู่, หมายเลขโทรศัพท์/โทรสาร, สภาวะการเจ็บป่วยประเภท และวันที่ทำการ Kindly answer the questions below in respect of each applicant for each including hospital and doctor/surgeon's name address/phone/fax, condition other relevant information.	ารักษา สภาพปัจจุบัน และข้อมูลอื่นๆ ที่เก็ 'Yes" answer please provide all necess	าี่ยวข้อง ary details	ใช่ Yes	ไม่ใช่ No
 1.1 ขณะนี้ท่านได้รับความคุ้มครองจากกรมธรรม์ประกันสุขภาพใด ๆ หรือไม่? (ตารางกรมธรรม์ประกันภัย) Are you currently covered by any medical policy? (Please submit a copy of the policy) 1.2 ท่านเคยถูกปฏิเสธ เพิ่มเบี้ยประกัน เพิ่มเงื่อนไข หรือยกเลิกประกันสุขภาพ 	of the policy and benefit schedule) หรือประกันชีวิตหรือไม่?	₩		
Has any medical or life insurance application been declined, rated, restrict				
2. ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยมีอาการ หรือได้รับคำแนะนำ หรือวินิจฉัย เกี่ยวกับโรคดังต่อไปนี้หรือไม่? ถ้าใช่ กรุณาวงกลมหรือขีดเส้นใต้ที่ความผิดปกติ In the past 10 years have you had symptoms of, or been made aware of or treated for any of the following? If yes, please specify by circling or und	กิเหล่านั้น , or diagnosed with, derlining of those impairments		ใช่ Yes	ไม่ใช่ No
2.1 ความดันโลหิตสูง เจ็บหน้าอก ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ มีนงง หน้ามืดเบ็ เบาหวาน ความผิดปกติของปอด หัวใจ ระบบไหลเวียนโลหิต High blood pressure/hypertension, chest pain, cholesteral problem, dizzing any disorders of lung, heart and blood circulatory	ess, fainting spells, palpitations, arrhythr			
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	1,000 ma, prioditionia, bioriorino, 3100p c	20110U		
2.3 เครียด วิตกกังวล เป็นลม หมดสติ มีนงง อารมณ์แปรปรวน อาการชัก ปว หรือโรคจิต หรือโรคประสาท Stress, anxiety, fainting or black-out spells, dizziness, mood disturbances, drug or alcohol abuse or any other psychiatric or mental disorders	,	igraines,		



	ใช่ Yes	ไม่ใช่ No
2.4 กระเพาะอาหารอักเสบ กรดไหลย้อน แผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้ เลือดออกในลำไส้ ภาวะซีด ติ่งเนื้อในลำไส้ ลำไส้อักเสบ โรคทางเดินอาหารและลำไส้แปรปรวน ท้องเสียเรื้อรัง อาการปวดท้อง โรคของถุงน้ำดี นิ่วในถุงน้ำดี ริดสีดวงทวาร ไส้เลื่อน		
ตับอักเสบ ตับอ่อนอักเสบ หรือความผิดปกติเกี่ยวกับกระเพาะอาหาร ตับ หรือลำไส้		
Gastritis, GERD, dyspepsia, stomach or intestinal ulcers, intestinal bleeding, anemia, intestinal polyps, colitis, irritable or inflammatory bowel disorder, persistent or recurrent diarrhea or abdominal pain, gallbladder disease, gallstones,		
hemorrhoids, hernias, hepatitis, pancreatitis or any other stomach, liver or bowel disorder		
2.5 นิ่วในไต อาการปวดบริเวณชายโครง ความผิดปกติของไต เม็ดเลือดแดงในปัสาวะ ติดเชื้อที่ไต โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ความผิดปกติของกระเพาะปัสสาวะ ต่อมลูกหมาก ไตหรือระบบสืบพันธ์และทางเดินปัสสาวะ Kidney stones, flank pain, kidney disorders, blood in the urine/hematuria, kidney infections, Sexually Transmitted Disease-STD, disorders of the bladder, prostate, kidney or genito-urinary tract		
2.6 ปวดคอหรือหลัง เหน็บชาหรือแขนขาอ่อนแรง อาการปวดหลัง หรือสะโพกร้าวลงขา หมอนรองกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาท ปลายประสาทอักเสบ โรคหลอดเลือดสมอง ปวดศีรษะ หรือความผิดปกติอื่น ๆ ของระบบประสาท Neck or back pain, numbness or weakness of the arms or legs, sciatica, bulging or hemiated discs, peripheral neuropathy, stroke, mini-stroke (TIA), headaches or any other neurologic disorder		
2.7 โรคผิวหนังหรือความผิดปกติที่ผิวหนัง ไฝ โรคหรือกลุ่มอาการเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ ข้อต่อหรือกระดูก อาการปวดข้อ ข้ออักเสบ ปวดข้อหรือรูมาติก โรคแพ้ภูมิตัวเอง กลุ่มหรืออาการความเสื่อมของร่างกาย Any skin condition, keratosis, moles, muscle, joint or bone disease or condition, joint pain, arthritis, rheumatologic, auto-immune disorders, any degenerative disorders or any form of rheumatism		
2.8 โรคหรือกลุ่มอาการของฮอร์โมน ต่อม เลือด หรือระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง เอชไอวี เอดส์ หรือกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ Any hormonal or glandular disease, blood or immune system disease, deficiency or condition, HIV, AIDS or AIDS related complex		
2.9 อาการความผิดปกติเกี่ยวกับตา หู จมูก คอ หูหนวกหรือสูญเสียการได้ยิน ตาบอดหรือสูญเสียการมองเห็น การพูดบกพร่อง Disorders of the eyes, ears, nose or throat, hearing or visual loss, balance or speech defect		
2.10 การบาดเจ็บ เจ็บป่วย โรค ความผิดปกติ ความผิดปกติที่เป็นมาแต่กำเนิด หรือสภาวะใด ๆ นอกเหนือจากที่ระบุไว้ข้างต้น Any injury, illness, disease, disorder, condition, birth defect or any other than as noted above		
3. ในระยะ 15 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเป็นมะเร็ง เนื้องอก ซีสต์ หรือเคยได้รับการบำบัดรักษาที่เกี่ยวข้องกับมะเร็ง หรือเนื้องอกหรือไม่? ถ้าเคย โปรดระบุ Within the past 15 years have you had cancer, tumor or cyst, or been treated for suspected cancer or tumor ? If so, please specify		
4.1. ขณะนี้ท่านกำลังได้รับยาและการรักษาโดยคำแนะนำของแพทย์หรือไม่? (ถ้ามีโปรดระบุตัวยา และขนาดรับประทาน) Are you currently taking any medications and have any treatments been recommended or prescribed ? (please list the medicine name and dosage)		
4.2. ตอนนี้คุณได้รับยาตามรายการข้างล่างนี้หรือไม่? (Do you currently take the medicine as listed below ?)		
A. ฮอร์โมนอินซูลิน หรือฮอร์โมนอื่นๆ หรือยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Insulin or any other blood sugar lowering hormones or medicines)		
B. ยาควบคุมความดันโลหิตสูง (Blood pressure medicines) C. ยาควบคุมระดับไขมันในเลือด (Cholesterol lowering medicines) D. ยารักษาโรคหัวใจ หรือยาควบคุมการแข็งตัวของโลหิต		
(Heart medicines, nitroglycerin or any blood-thinning medicines (anticoagulants))		
5. ในระยะ 15 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม คลินิก หรือ สถานพักฟื้นหรือไม่? ถ้าใช่ เพื่อรักษาอะไร? และระยะเวลานานเท่าไร ? Have you been admitted to a hospital, medical center, clinic or sanitarium in the past 15 years? If so, for what? And for how long ?		



	ใช่ Yes	ไม่ใช่ No
เฉพาะสตรีเท่านั้น: ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยมีโรคเกี่ยวกับเต้านม โรคที่เกี่ยวกับมดลูก รังไข่ ท่อรังไข่ ความผิดปกติของประจำเดือน ความผิดปกติของ ระบบสืบพันธุ์ การตั้งครรภ์ หรือโรคแทรกซ้อนหรือไม่? ถ้าใช่ โปรดระบุ FOR WOMEN ONLY: 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?	165	NO
ท่านกำลังตั้งครรภ์อยู่หรือไม่? ถ้าใช่ โปรดระบุอายุครรภ์ ตั้งครรภ์ เดือน Are you pregnant? If so, please specify Pregnant months		
6. ท่านเคยได้รับคำแนะนำให้ตรวจวินิจฉัย ตรวจสุขภาพ หรือวิธีการอื่นใดนอกเหนือจากที่ระบุไว้ข้างต้นหรือไม่? ถ้าใช่ โปรดระบุ Have you been advised to have any medical test, medical check up or procedure other than as noted above? If so, please specify		
7. ปัจจุบันท่านสูบยาสูบ ซิการ์ หรือบุหรี่หรือไม่? ถ้าเคย ท่านสูบเป็นจำนวนกี่ซองต่อวัน? ซอง Do you currently smoke pipes, cigars or cigarettes and how many packs do you smoke per day? Packs		
7.2 ท่านเคยสูบบุหรี่หรือไม่? ถ้าเคย สูบมานานกี่ปี? ปี หากเลิกสูบ เลิกสูบเมื่อไร? (ระบุจำนวนปี) (Have you ever smoked? If so, for how many years? Years. And, when did you stop? Years) กรุณาระบุสาเหตุของเลิกสูบบุหรี่ (Please specify the reason you quit smoking)		
7.3 ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่? ถ้าใช่ โปรดระบุ (จำนวนโดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์) Do you drink alcohol? If yes, please specify (average units per week)		
เบียร์ (Beer)		
8. ท่านเป็นโรคเบาหวาน เคยมีระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงขึ้น เคยได้รับยาฮอร์โมนอินซูลิน หรือยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หรือไม่? ถ้าใช่ เป็นมาเป็นระยะเวลานานเท่าใด? 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?		
9. ท่านเคยมีโรคหัวใจ ปัญหาเกี่ยวกับหัวใจ อาการเจ็บหน้าอก หัวใจเต้นผิดปกติ การทดสอบการเต้นของหัวใจ การสวนหัวใจหรือไม่? ถ้าใช่ เป็นมาตั้งแต่เมื่อใด? 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?		
10. ท่านเคยมีปัญหาเกี่ยวกับ □ หลอดเลือดดำ □ หลอดเลือดแดง □ เส้นประสาทในขา หรือไม่? Have you ever had problems with Veins Arteries Nerves in your legs?		
11. ท่านมีความดันโลหิตสูงและท่านเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาหรือไม่? ถ้าใช่ โปรดระบุ Do you have high blood pressure and have you been treated for high blood pressure within the last 10 years? If so, please specify		
12. ท่านเคยมีอาการทางสมอง หลอดเลือดสมอง หรือมีอาการมืนศีรษะ หมดสติในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาหรือไม่? ถ้าเคย โปรดระบุ Have you ever had a stroke, mini-stroke (TIA) or dizzy spells, lost consciousness within the last 10 years? If so, please specify		



		ใช่	ไม่ใช่		
		Yes	No		
13. ท่านเคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่? ถ้าเคย ผ่าตัดอะไร และเมื่อใด? Have you ever had any surgical operations? If so, for what? And when?					
14. บิดา มารดา หรือญาติพี่น้องของท่าน เสียชีวิตก่อนอายุครบ 60 ปีหรือไม่ Did your parents or siblings (brothers/sisters) die at less than 60 years of	1 1 1 1				
ถ้าท่านตอบ "ใช่" ในคำถามที่กล่าวมาข้างต้นกรุณาให้รายละเอียดในช่องว่างด้ When you answered "Yes" to any of the questions on the above pages of please give details in the space below or on additional paper as required	of this form				
picase give details in the space bolow of on additional paper as required					
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ ข้าพเจ้าเข้าใจว่าค่าเบี้ยา ว่าข้าพเจ้าและครอบครัวของข้าพเจ้าพำนักอาศัยประจำอยู่ในประเทศไทย หากถ้อยแถลงขได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้ บริษัท แปซิฟิค ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (ม่ สุขภาพร่างกายของข้าพเจ้าได้จากแพทย์โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือองผกระทำเอง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือมอบอำานาจนี้ให้มีผลสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ All the above statements are true and complete to the best of my knowledge are further understand that the premiums quoted above, or elsewhere, unless otherwise being resident in Thailand. I do hereby appoint Pacific Cross Health Insurance PCL records or health condition from any physician, health care provider, or any organization as the original.	ของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทร มหาชน) ในการร้องขอ หรือทราบข้อมูล หรือถ่ายสำเนาจากบันทึกประวั ค์กรอื่นใดที่มีบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพ and belief and I understand that the company, believing them to be s advised by Pacfic Cross Health Insurance PCL. are quoted in resp . as the Attorney-in-face to request copies or any kind of informat tion on my behalf until completion. A photocopy of this statement s	บอกเลิกสัญญาร ติการรักษาพยา เจ้าเสมือนหนึ่งร่ such, will rely o ect of me and i ion regarding r	ประกันภัย บาล และ ข้าพเจ้าได้ on them. I my family ny health		
ลงลายมือชื่อผู้สมัคร (Applicant's SIgnature) วันที่ (Date)เดือน(Month)					
WARNING BY OFFICE OF INSURANCE COMMISSION. คำเดือนโดยสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภั ผู้ขอเอาประกันภัยกรุณาตอบคำาถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ ทดแทนตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 หากร์ การกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) The applicant must truthfully answer all questions. Any concealment or misrer claims, as per clause 865 of the Civil and Commercial Code. If you have any quer	การปกปิดหรือแถลงความเท็จใด ๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภั มีปัญหาใด ๆ เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยนี้ โปรดติดต่อขอคำแนะนำได้ oresentation of the truth may result in the insurance company refus	ก้จากสำนักงานค ing to honour i	กณะกรรม nsurance		
For office use only / สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทฯ	ชื่อตัวแทน/นายหน้า (Broker/Agent Name) รหัสตัวแทน/นายหน้า (Broker/Agent Code)				