

เลือกแผนความคุ้มครอง (Select your protection plan)			เบี้ยมาตรฐาน (Base Premium)
<input type="checkbox"/> แผน 1 (Plan 1)	<input type="checkbox"/> แผน 2 (Plan 2)	<input type="checkbox"/> แผน 3 (Plan 3)	

เลือกส่วนลด (Discount Options)			
ผู้ป่วยนอก (OPD Benefit)	ไม่คุ้มครองผู้ป่วยนอก (Exclusion of Outpatient Benefit)	ส่วนลด 20%	
ความรับผิดส่วนแรก (Deductible) *** ผู้สมัครแผน 1 & แผน 2 ไม่สามารถเลือกรับส่วนลดนี้ <i>The deductible discount option is not applicable for Plan 1 and Plan 2</i>	ไม่คุ้มครอง 40,000 บาทแรก (40,000 THB Deductible)	ส่วนลด 25%	
	ไม่คุ้มครอง 100,000 บาทแรก (100,000 THB Deductible)	ส่วนลด 32.5%	
	ไม่คุ้มครอง 200,000 บาทแรก (200,000 THB Deductible)	ส่วนลด 40%	
	ไม่คุ้มครอง 300,000 บาทแรก (300,000 THB Deductible) ส่วนลดเหล่านี้จะถูกคำนวณเป็นลำดับขั้นจากเบี้ยประกันภัยที่หักส่วนลดอื่นแล้ว(ถ้ามี) These discounts are to be applied progressively from base premium above	ส่วนลด 50%	

ค่าเบี้ยประกันรายปี (Annual Premium)	
	เบี้ยประกันภัยรวม (Total Premium)

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	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	ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย : Relationship with insured person

แบบสอบถาม (Medical Questions)	ใช่ Yes	ไม่ใช่ No
กรุณาตอบคำถามด้านล่างนี้ หากในข้อใดที่ผู้ขอเอาประกันภัยตอบ "ใช่" กรุณาใส่รายละเอียดที่จำเป็นรวมทั้งข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง Kindly answer the questions below in respect of each applicant for each "Yes" answer please provide all necessary details		
1. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วยเป็นโรค หรือได้รับบาดเจ็บ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่ ถ้าเคยโปรดระบุ Have you suffered or sustained any illness or injury or hospitalized during the past 5 years ? If so, please specify		
.....		

แบบสอบถาม (Medical Questions) กรุณาตอบคำถามด้านล่างนี้ หากในข้อใดที่ผู้ขอเอาประกันภัยตอบ "ใช่" กรุณาใส่รายละเอียดที่จำเป็นรวมทั้งข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง Kindly answer the questions below in respect of each applicant for each "Yes" answer please provide all necessary details	ใช่ Yes	ไม่ใช่ No
2. ท่านเคยได้รับการรักษา หรือเคยได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ว่าท่านเป็น โรคหัวใจ โรคความดัน โรคเบาหวาน โรคตับ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบทางเดินอาหาร โรคข้อต่อกระดูก โรคกระดูกสันหลัง โรคมะเร็ง หรือความผิดปกติ อื่นๆ หรือไม่ ถ้าเคย โปรดระบุ 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 ? If so, please specify		
เฉพาะสตรีเท่านั้น (For Women Only)		
3. ท่านกำลังตั้งครรภ์อยู่หรือไม่ ถ้าใช่ โปรดระบุอายุครรภ์ Are you pregnant ? If so, please specify..... Months		
4. ท่านมีประจำเดือนครั้งสุดท้ายเมื่อใด โปรดระบุวัน When your last menstruation period began ? Please specify date month and year		
5. ในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมาท่านเคยมีโรคเกี่ยวกับเต้านม โรคที่เกี่ยวกับมดลูก รังไข่ ท่อรังไข่ ความผิดปกติของประจำเดือนความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์ การตั้งครรภ์ โรคแทรกซ้อนหรือไม่ ถ้าใช่ โปรดระบุ Have you in the past 10 years had any breast disorders, diseases of uterus, Ovaries, tube or cervix, menstruation disorder, gynecological disorders or pregnancy-related diseases or complications? If so, Please specify		
6. ใบคำขอเอาประกันของท่านเคยถูกบริษัทประกันภัยปฏิเสธ เลื่อนการประกันภัย เรียกเบี้ยประกันภัยเพิ่ม เพิ่มเงื่อนไข หรือถูกยกเลิกการประกันภัยหรือไม่ ถ้าเคย โปรดระบุ Have you ever had any application for medical or life insurance declined, postponed, rated, restricted or cancelled ? If so, please specify		
7. ขณะนี้ท่านกำลังได้รับการรักษา หรือกำลังรับประทานยาโดยคำแนะนำของแพทย์หรือไม่ ถ้าใช่ โปรดระบุ Are you presently under observation or taking any treatment or medication been recommended or prescribe ? If so, please specify		

ถ้อยแถลงข้างต้นนั้นเป็นความจริงและสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ และข้าพเจ้าเข้าใจว่าบริษัทฯ เชื่อตามถ้อยแถลงนั้น นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้บริษัท แอปิจิตี ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) ในการร้องขอหรือทราบข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสุขภาพร่างกายของข้าพเจ้าได้จากแพทย์โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใดที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้าสำเนาภาพถ่ายของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

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.

For office use only / สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทฯ	ชื่อตัวแทน/นายหน้า (Broker/Agent Name) ลงลายมือชื่อผู้สมัคร (Applicant's Signature)
	รหัสตัวแทน/นายหน้า (Broker/Agent Code) วันที่.....เดือน.....ปี..... (Date) (Month) (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 การปกปิดหรือแถลงความเท็จใด ๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 หากมีปัญหาใด ๆ เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยนี้ โปรดติดต่อขอคำแนะนำได้จากสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)