



APPLICATION FORM FOR MEDICAL INSURANCE/ใบคำขอประกันสุขภาพ และอุบัติเหตุ

Please complete this form in BLOCK CAPITALS by following instruction and return it to LMG Pacific Health Care, 14th Floor, Jasmine City Building, No. 2, Soi Sukhumvit 23, Sukhumvit Road, Klongtoey Nua, Wattana, Bangkok 10110. Tel:02-401-9160 Fax:02-401-9161. Website:http://www.lmgpacific.com, E-mail:sales@lmgpacific.com

กรุณากรอกใบคำขอนี้ตามคำแนะนำด้านล่าง ด้วยตัวบรรจง และส่งมาที่ แอล เอ็ม จี แปซิฟิก เฮลท์แคร์, ชั้นที่ 14 อาคารจัสมินซิตี เลขที่ 2 ซอย สุขุมวิท 23 ถนนสุขุมวิท แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110 . โทร 02-401-9160โทรสาร 02-431-9167 Website:http://www.lmgpacific.com, E-mail:sales@lmgpacific.com

Employer (Company Name) บริษัท	Date of Employment วันที่เข้าทำงาน			
Employee Name ชื่อพนักงาน/ครอบครัว	Position ตำแหน่ง			
Sex เพศ	Date of Birth วัน/เดือน/ปี เกิด	Age อายุ	Height ส่วนสูง	Weight น้ำหนัก
Name and Address of your physician ชื่อที่อยู่ของแพทย์ประจำของท่าน				
ความสัมพันธ์กับพนักงาน (กรณีเป็นใบสมัครของครอบครัว) <input type="radio"/> Spouse คู่สมรส <input type="radio"/> Children บุตร				
Name of Beneficiary ชื่อผู้รับผลประโยชน์			Relationship ความสัมพันธ์	
Address ที่อยู่				

1. Have you suffered or sustained any illness or injury or hospitalized during The Past 5 years? () Yes เคย () No ไม่เคย
ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วยเป็นโรค หรือได้รับบาดเจ็บ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่
2. Have you ever treated for or told you have heart disease, hypertension, Diabetes, liver diseases, cancer, or any other serious disorder? () Yes เคย () No ไม่เคย
ท่านเคยได้รับการรักษา หรือเคยได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ว่าท่านเป็น โรคหัวใจ โรคความดัน โรคเบาหวาน โรคตับ โรคมะเร็ง หรือความไม่ปกติ อื่น ๆ หรือไม่
3. Have you ever had, or been advised to have, any surgical operation? () Yes เคย () No ไม่เคย
ท่านเคยได้รับการผ่าตัด หรือได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้ผ่าตัดหรือไม่
4. Have you ever had any application for medical or life insurance declined, postponed, rated or restricted? () Yes เคย () No ไม่เคย
ใบคำขอแบบสอบถามสุขภาพ หรือใบคำขอเอาประกันของท่านเคยถูกบริษัทประกันภัยปฏิเสธ เลื่อนการประกันภัย เรียกเบี้ยประกันภัยเพิ่มหรือเปลี่ยนแปลงแบบการประกันภัยหรือไม่
5. Are you presently under observation or taking any treatment or medication? () Yes เคย () No ไม่เคย
ขณะนี้ท่านมีปัญหาค่าอื่น ๆ ด้านสุขภาพหรือไม่

If answer to any question 1 through 5 is "Yes", please give full particulars below, noting the question number.

ถ้าคำตอบตามข้อ 1 ถึง 5 เคยหรือมี โปรดให้รายละเอียดข้างล่างนี้โดยระบุคำถามข้อนั้นด้วย



- 6a Do you currently smoke pipes, cigars or cigarettes? ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่,ซิการ์ หรือบุหรี่หรือไม่
b If so, how many packs do you smoke per day? ถ้าสูบบุหรี่ สูบจำนวนกี่ซองต่อวัน
7a Have you ever smoked? ท่านเคยสูบบุหรี่หรือไม่
b If so, for how many years? ถ้าเคย สูบมานานกี่ปี... Years ปี And when did you quit? และเลิกสูบเมื่อใด... Years ปี
8. How many drinks do you have per week? ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นจำนวนเท่าใดต่อสัปดาห์
9a Are you diabetic? ท่านเป็นโรคเบาหวานหรือไม่
b Have you ever had elevated blood sugar levels? ท่านเคยมีระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นหรือไม่
c Have you ever taken insulin or other blood sugar lowering medicine? ท่านเคยได้รับยาฮอร์โมนอินซูลินหรือยาคควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือไม่
10. Have you ever had any of the following: ท่านเคยมีอาการเหล่านี้หรือไม่
A heart attack โรคหัวใจ
Any heart problems ปัญหาเกี่ยวกับหัวใจ
Chest pains or angina อาการเจ็บหน้าอก
Irregular heart rate หัวใจเต้นผิดปกติ
Treadmill stress test การทดสอบการเดินของหัวใจ
Cardiac Catheterization การสวนหัวใจ
11. Have you ever had any trouble breathing in the past 10 years? If so, please specify
ท่านเคยมีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาหรือไม่
12a. Have you ever had problems with the veins (), arteries (), or nerves () in your legs? please specify
ท่านเคยมีปัญหาเกี่ยวกับหลอดเลือดแดง (), หลอดเลือดดำ (), หรือเส้นประสาท (), ในขาหรือไม่
b. Do you get pain, numbness or tingling in your legs when you walk?
ท่านเคยได้รับความเจ็บปวด, เหน็บชา, หรือมีอาการรู้สึกตัวถูกทิ่มแทงในขา ขณะเดินหรือไม่
13. Do you take: ท่านเคยได้รับยาตามรายการข้างล่างนี้หรือไม่
a. Insulin ฮอร์โมนอินซูลิน
b. Blood sugar lowering medicines ยาคควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
c. Blood pressure medicines ยาคควบคุมความดันโลหิตสูง
d. Blood thinning medicines (Anticoagulants) ยาคควบคุมการแข็งตัวของโลหิต
e. Nitroglycerin or other heart medications ยาโรคหัวใจ
f. Cholesterol lowering medicines ยาคควบคุมระดับไขมันในเลือด
g. Prednisone or breathing medicines (i.e. inhalers or nebulizers)
ยาภูมิแพ้หรือยาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ (ยกตัวอย่างเช่น การสูดดม, การพ่นยา)

- If so please specify: ถ้าใช่ กรุณาระบุรายละเอียด.....
14a. Do you have high blood pressure? ท่านมีความดันโลหิตสูงหรือไม่
b. Have you been treated for high blood pressure within the last 5 years?
ท่านเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาหรือไม่





- 15a. Have you ever had a stroke, mini-stroke (TIA) or dizzy spells within the past 10 years? Yes ใช่ No ไม่ใช่
ท่านเคยมีอาการทางสมอง, หลอดเลือดสมอง, หรือมีอาการเวียนศีรษะ ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาหรือไม่
If so please specify: ถ้าเคย โปรดระบุ.....
16. Do you currently take or has been prescribed any medicines? Yes ใช่ No ไม่ใช่
ขณะนี้ท่านได้รับประทานยาหรือแพทย์สั่งยาใดๆให้แก่ท่านหรือไม่
If so please specify: ถ้าเคย โปรดระบุ.....
17. Do you have asthma, emphysema / COPD or other breathing problems? Yes ใช่ No ไม่ใช่
ท่านเคยเป็นโรคหอบหืด, มีอาการผิดปกติอย่างเรื้อรังของปอด หรือปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจหรือไม่
18. Have you had pneumonia or bronchitis within the past 5 years? Yes ใช่ No ไม่ใช่
ท่านเคยเป็นโรคปอดบวม หรือ โรคหลอดลมอักเสบ ในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาหรือไม่
- 19a. Have you been hospitalized within the past 10 years? ท่านเคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ในช่วงระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมาหรือไม่ Yes ใช่ No ไม่ใช่
b. If so, for what? ถ้าเคยรักษาโรคอะไร..... And for how long? ตั้งแต่เมื่อใด,เป็นเวลากี่วัน.....
- 20a. Have you had any surgical operations? ท่านเคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่ Yes ใช่ No ไม่ใช่
b. If so, for what? ถ้าเคยผ่าตัดอะไร..... And when? และเมื่อใด.....
- 21a. Did your parents or siblings (brothers / sisters) die at less than 60 years of age? Yes ใช่ No ไม่ใช่
บิดา มารดา หรือญาติพี่น้องของท่าน เสียชีวิตก่อนอายุครบ 60 ปีหรือไม่
b. If so please list age and cause of death. ถ้ามี กรุณาระบุอายุและสาเหตุของการเสียชีวิต.....

ถ้อยแถลงข้างต้นนั้นเป็นความจริง และสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ และ
ข้าพเจ้าเข้าใจว่า บริษัทฯเชื่อตามถ้อยแถลงนั้น นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่
บริษัท แอล เอ็ม จี ประกันภัย จำกัดในการร้องขอหรือทราบข่าวสารเกี่ยวกับประวัติ
การรักษาพยาบาลและสุขภาพร่างกายของข้าพเจ้าได้จากแพทย์ โรงพยาบาล หรือ
องค์กรอื่นใดที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า
สำเนาภาพถ่ายของการมอบอำนาจนี้ 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 LMG Pacific Insurance, with
information concerning any medical history and physical condition. A photocopy of this
authorization shall be as effective and valid as the original.

This is to certify that the above applicant is our employee ข้าพเจ้าขอยืนยัน
ว่าผู้สมัครเป็นลูกจ้างของบริษัทจริง
(ประทับตราชื่อ บริษัท นายจ้าง)

Employer นายจ้าง

Position ตำแหน่ง

Signature of employee ลายมือชื่อพนักงาน

Date

วันที่

WARNING BY INSURANCE DEPARTMENT, MINISTRY OF COMMERCE คำเตือนของสำนักงานประกันภัย กระทรวงพาณิชย์

ผู้เอาประกันภัยจะต้องตอบคำถามตามแบบสอบถามตรงตามความเป็นจริงทุกข้อ การ
ปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทฯ ผู้รับประกันภัยปฏิเสธการจ่ายเงินค่า
สินไหมทดแทน ตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

Important Note Pursuant To. Civil & Commercial Codes, you are to disclose in this
proposal from, fully and faithfully, all of the Facts which you know or ought to
know, otherwise the policy issued here under may be void.

FOR OFFICE USE ONLY สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทฯ