



# LMG Pacific Healthcare

สำนักงานใหญ่ Head Office โทร./ Tel. (662) 6616000 โทรสาร/ Fax (662) 6393907

ชั้น 14-15.17 อาคารจัสมินซิตี 2 ซอยสุขุมวิท 23 ถ. สุขุมวิท แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา กทม. 10110

14-15. 17th Fl. Jasmine City, 2 Sukhumvit Soi 23, Sukhumvit Road, Klongtoey Nua, Wattana, Bangkok 10110

ศูนย์บริการ Service Centre โทร./ Tel. (662) 6311582-4 โทรสาร/ Fax (662) 6311580

ชั้น 12 อาคารลิเบอร์ตีสแควร์ 287 ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

12th Fl. Liberty Square, 287 Silom Road, Bangkok 10500

E-Mail: sales@lmgpacific.com Website: www.lmgpacific.com

Name of the insured: (Name in English) \_\_\_\_\_ ส่วนสูง (Height) \_\_\_\_\_ ซม. (c.m.)

ผู้ขอเอาประกันภัย (ชื่อภาษาไทย) \_\_\_\_\_ น้ำหนัก (Weight) \_\_\_\_\_ กก. (kg.)

Date of Birth (ว/ด/ป เกิด) \_\_\_\_\_ Mailing Address/ สถานที่ติดต่อ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel/โทร: \_\_\_\_\_ E-mail/อีเมล: \_\_\_\_\_

Nationality/สัญชาติ: \_\_\_\_\_ Occupation/อาชีพ: \_\_\_\_\_

## Beneficiary / ผู้รับผลประโยชน์

## Date of Birth (ว/ด/ป เกิด)

## Gender/ เพศ

## Relationship/ ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย

1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____

## MEDICAL QUESTIONNAIRE แบบสอบถาม

Kindly answer the questions below in respect of each proposes insured for each "Yes" answer please provide all necessary details include hospital and doctor/surgeon's name address/phone/fax, condition, nature/date of treatment, current status, and other relevant information.

กรุณาตอบคำถามด้านล่างนี้ หากในข้อใดที่ผู้ขอเอาประกันภัยตอบ "ใช่" กรุณาใส่รายละเอียดที่จำเป็นรวมถึงชื่อของแพทย์/ศัลยแพทย์, ที่อยู่, หมายเลขโทรศัพท์/โทรสาร สภาวะการเจ็บป่วย ประเภทและวันที่ทำการรักษา สภาพปัจจุบัน และข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

	Yes ใช่	No ไม่ใช่
1. a. Are you currently covered by any medical policy? (Include a copy of the policy and benefit schedule) ขณะนี้ท่านได้รับความคุ้มครองจากกรมธรรม์ประกันสุขภาพใดๆหรือไม่? (กรุณาแนบสำเนากรมธรรม์ประกันภัย และตารางกรมธรรม์ประกันภัย)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Has any medical of life insurance application been declined, rated, restricted, or cancelled? ท่านเคยถูกปฏิเสธ เพิ่มเบี้ยประกัน เพิ่มเงื่อนไขหรือยกเลิกประกันสุขภาพหรือประกันชีวิตหรือไม่?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Are you currently applying for health, life or accident insurance with any other company? ขณะนี้ท่านยื่นคำขอทำประกันสุขภาพ ชีวิต หรือ อุบัติเหตุไว้กับบริษัทอื่นหรือไม่?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. In the past 10 years have you had symptoms of or been diagnosed or treated for any of the following: ในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยมีอาการ หรือได้รับการวินิจฉัยโรค หรือรับการบำบัดรักษาดังต่อไปนี้หรือไม่		
a. Speech defect, hearing loss, sight loss, congenital or chronic condition or illness related to your sight, hearing, or speech? ความบกพร่องในการพูด การสูญเสียการได้ยิน สูญเสียการมองเห็น อาการที่เป็นมาแต่กำเนิด โรคเรื้อรัง การเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นการได้ยิน หรือการพูด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Respiratory or allergic condition, asthma, emphysema, COPD, pneumonia or bronchitis or other breathing problems or disorder of the eyes, ears, nose or throat? ระบบทางเดินหายใจ อาการภูมิแพ้ หัวข้อดี กุ้งสมบ่งพอง ปอดอักเสบเรื้อรัง ปอดอักเสบ หลอดลมอักเสบ หรือปัญหาด้านการหายใจ หรือความผิดปกติของตา หู จมูก คอ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Psychiatric or mental disorder, fainting, blackout, mood change, drug alcohol addiction, seizure or epilepsy? โรคจิต หรือโรคประสาท หมดสติ อารมณ์แปรปรวน ตีตราหรือสารเสพติด ลมชักหรือลมบ้าหมู	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. High blood pressure/hypertension, chest pain, cholesterol problem, dizziness, lung, heart or circulatory disorder? ความดันโลหิตสูง ความเครียด เจ็บหน้าอก ระดับโคเลสเตอรอลผิดปกติ มีนงง ความผิดปกติ ของปอด หัวใจ ระบบไหลเวียนโลหิต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Kidney stone, venereal disease, or disorder of the bladder, prostate, kidney or genito-urinary tract? นิ่วในไต โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, ความผิดปกติของกระเพาะปัสสาวะ: ต่อมลูกหมาก โต หรือระบบสืบพันธุ์-ทางเดินปัสสาวะ:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Gall stone, pancreatitis, ulcer, hemorrhoid, colitis or stomach, liver or bowel disorders? นิ่วในถุงน้ำดี ตับอ่อนอักเสบ แผล ริดสีดวงทวาร ลำไส้อักเสบ โรคกระเพาะ หรือกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับตับ หรือ ลำไส้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Sciatica, back pain, joint pain or rheumatic, arthritis, muscle, joint or bone disease or condition? ปวดขา ปวดหลัง ปวดข้อหรือรูมาติก,ข้ออักเสบ โรคหรือกลุ่มอาการเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ ข้อ หรือกระดูก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. HIV, AIDS, AIDS Related Complex, or any blood or immune system disease of condition? เอดส์ เอชไอวี กลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ หรือโรคและกลุ่มอาการของเลือดและระบบภูมิคุ้มกัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Skin, hormone, gland disease or condition, diabetes? โรคหรือกลุ่มอาการของ ผิวหนัง, ฮอร์โมน, ต่อม หรือโรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Injury, illness, disease, or birth defect, or condition other than as note above? การบาดเจ็บ เจ็บป่วย โรค ความผิดปกติที่เป็นมาแต่กำเนิด หรือสภาวะใดๆ นอกเหนือจากที่ระบุไว้ข้างต้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Within the past 15 years have you had cancer, tumor or cyst, or been treated for suspected cancer or tumor? If so, please specify ในระยะเวลา 15 ปีที่ผ่านมาท่านเคยเป็นมะเร็ง เนื้องอก ซีสต์ หรือเคยได้รับการบำบัดรักษาที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งหรือ เนื้องอกหรือไม่? ถ้าเคย โปรดระบุ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 4.1) Are you currently taking or have any medications or treatments been recommended or prescribed? (please list) ขณะนี้ท่านกำลังได้รับยาหรือการรักษาโดยคำแนะนำของแพทย์หรือไม่ (ถ้ามีโปรดระบุตัวยาน และขนาดรับประทาน)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2) Do you take: ท่านเคยได้รับยาตามรายการข้างล่างนี้หรือไม่?		
a. Insulin, or other Blood sugar lowering medicines ฮอร์โมนอินซูลินหรือฮอร์โมนอื่นๆ หรือยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Blood pressure medicines ยาควบคุมความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Blood thinning medicines (Anticoagulants), heart medicines ยาควบคุมการแข็งตัวของโลหิต หรือยารักษาโรคหัวใจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Nitroglycerin or other heart medications ยาโรคหัวใจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Cholesterol lowering medicines ยาควบคุมระดับไขมันในเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Prednisone or breathing medicines (i.e. inhalers or nebulizers) ยาภูมิแพ้หรือยาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ (เช่น การสูดดม, การพ่นยา)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Have you been admitted to a hospital, medical centre, clinic or sanitarium in the past 15 years? If so, for what? And for how long? ในระยะเวลา 15 ปีที่ผ่านมาท่านเคยเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม คลินิก หรือสถานพักฟื้นหรือไม่? ถ้าใช่, เพื่อรักษาอะไรและระยะเวลาเท่าไร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Yes No  
ใช่ ไม่ใช่

FOR WOMEN ONLY:- Have you in the past 10 years had breast disorder, disease of uterus, ovaries, tubes or cervix, menstruation disorder, gynecological disorder or pregnancy-related disease or complication? If so, for what?  
เฉพาะสตรี:- ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมาท่านเคยมีโรคเกี่ยวกับเต้านม โรคที่เกี่ยวกับมดลูก รังไข่ ท่อรังไข่ ความผิดปกติของประจำเดือน ความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์ การตั้งครรภ์หรือโรคแทรกซ้อนหรือไม่ ถ้าใช่ โปรดระบุ

6. Have you been advised to have any medical test or procedure other than as noted above? If so, please specify  
ท่านเคยได้รับคำแนะนำให้ตรวจสุขภาพหรือวิธีการอื่นใดนอกเหนือจากที่ระบุไว้ข้างต้นหรือไม่ ถ้าใช่ โปรดระบุ

7. 7.1) Do you currently smoke pipes, cigars or cigarettes and how many packs do you smoke per day?  Packs ซอง  
ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่,ซิการ์ หรือบุหรี่หรือไม่ ถ้าเคย ท่านสูบบุหรี่เป็นจำนวนกี่ซองต่อวัน

7.2) Have you ever smoked? If so, for how many years? ท่านเคยสูบบุหรี่หรือไม่? ถ้าเคย สูบมานานกี่ปี  Years ปี  
And when did you quit? และเลิกสูบบุหรี่เมื่อใด Years ปี

7.3) How many drinks do you have per week? ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นจำนวนเท่าใดต่อสัปดาห์

8. 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?  
ท่านเป็นโรคเบาหวานหรือไม่, ท่านเคยมีระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงขึ้นหรือไม่หรือ ท่านเคยได้รับยาอินซูลินหรือยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือไม่ ถ้าใช่ เป็นมาตั้งแต่เมื่อใด

9. 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?  
ท่านเคยมี โรคหัวใจ ปัญหาเกี่ยวกับหัวใจอาการเจ็บหน้าอก หัวใจเต้นผิดปกติ การทดสอบการเดินของหัวใจ การสวนหัวใจหรือไม่? ถ้าใช่ เป็นมาตั้งแต่เมื่อใด

10. Have you ever had any trouble breathing, asthma, emphysema, pneumonia, bronchitis in the past 10 years?  
ท่านเคยมีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ หอบหืด ปอดบวม หลอดลมอักเสบ ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาหรือไม่

11. Have you ever had problems with the veins  arteries  or nerves  in your legs?  
ท่านเคยมีปัญหาเกี่ยวกับหลอดเลือดแดง  หลอดเลือดดำ  หรือเส้นประสาท  ในขาหรือไม่

12. Do you have high blood pressure and have you been treated for high blood pressure within the last 5 years?  
ท่านมีความดันโลหิตสูงและท่านเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาหรือไม่

13. Have you ever had a stroke, mini-stroke (TIA) or dizzy spells, lost consciousness within the past 10 years? If so please specify:  
ท่านเคยมีอาการการสับสน, หลอดเลือดสมอง, หรือมีอาการมึนศีรษะ, หมดสติในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาหรือไม่ ถ้าใช่ โปรดระบุ

14. Have you ever had any surgical operations? If so, for what? And when? ท่านเคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่ ถ้าเคยผ่าตัดอะไร และเมื่อใด

15. Did your parents or siblings (brothers / sisters) die at less than 60 years of age? If so please list age and cause of death.  
บิดา มารดา หรือญาติพี่น้องของท่าน เสียชีวิตก่อนอายุครบ 60 ปีหรือไม่ ถ้ามี กรุณาระบุอายุและสาเหตุของการเสียชีวิต

When you answered "Yes" to any of the questions on the above page of this form please give details in the space below or on additional paper as required.  
ถ้าท่านตอบ "ใช่" ในคำถามที่กล่าวมาข้างต้น กรุณาให้รายละเอียดในช่องว่างด้านล่างหรือในเอกสารเพิ่มเติม

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 LMG Pacific Healthcare, are quote in respect of me and my family being resident in Thailand. I do hereby appoint LMG Insurance Company Limited 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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ ข้าพเจ้าเข้าใจว่าคำเขียนที่บริษัทฯ ได้เสนอตามข้อมูลในคำขอประกันภัยข้างต้นนี้ ได้เสนอราคาโดยยึดถือว่าข้าพเจ้าและครอบครัวของข้าพเจ้า ฝ่าฝืนอาศัยประจำอยู่ในประเทศไทย หากก้อยแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทออกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้ บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด ในการร้องขอหรือทราบข้อมูลหรือถ่ายสำเนาจากบันทึกประวัติการรักษาพยาบาลและสุขภาพร่างกายของข้าพเจ้าได้จาก แพทย์โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือ สุขภาพของข้าพเจ้าเสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำการสำเนาภาพถ่ายของหนังสือมอบอำนาจนี้ ให้มีผลสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

Applicant's Signature:  
ลงนาม (ผู้เอาประกันภัย)

Date: (DD/MM/YYYY)

วันที่ (วัน/เดือน/ปี)

**WARNING BY INSURANCE DEPARTMENT, MINISTRY OF COMMERCE**

**คำเตือนโดยกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์**

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 the Insurance Commissioner.

ผู้เอาประกันภัยกรุณาตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดหรือแถลงความเท็จใด ๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 หากมีปัญหาใด ๆ เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยนี้ โปรดติดต่อขอคำแนะนำได้จากกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์

BROKER / AGENT CODE:

รหัสตัวแทน/ นายหน้า

--

BROKER / AGENT NAME: ชื่อตัวแทน / นายหน้า

**Kanjana Chungkasemsook**