

24th March 2020

Dear Policyholder,

Subject: Requirement for US\$ 100,000 Health Insurance

Refer to the new restriction rule announced by The Civil Aviation Authority.

If you require to increase your health insurance coverage to a minimum of US\$100,000, a Change of Benefit Form is required to be completed (copy attached).

We will then cancel your existing plan with pro-rated premium changes being applied and then issue a new plan.

For policyholders who presently hold Maxima, Maxima Plus, Ultima and Ultima Plus Plans we can issue the attached Certificate of Insurance upon request which shows the value of coverage.

Please do not hesitate to contact the writer if needed.

Yours faithfully,



Tom Thomson
Chief Executive Officer

24th March 2020

Dear Policyholder,

Subject: Requirement for US\$ 100,000 Health Insurance

อ้างถึงประกาศจากสำนักงานการbinsพลเรือนแห่งประเทศไทย หากท่านมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนแผนกรมธรรม์ ซึ่งวงเงินคุ้มครองประกันสุขภาพไม่น้อยกว่า 100,000 ดอลลาร์สหรัฐนั้น กรุณากรอกแบบฟอร์มการเปลี่ยนแปลงผลประโยชน์กรมธรรม์ (ตามเอกสารแนบ)

โดยทางบริษัทฯ จะดำเนินการยกเลิกกรมธรรม์เดิมพร้อมคืนเบี้ยแบบ Prorated และเก็บค่าเบี้ยเพิ่มตามกรมธรรม์ฉบับใหม่

สำหรับผู้เอาประกันที่ถือแผนประกันแบบ Maxima, Maxima Plus, Ultima and Ultima Plus Plans เราจะออกเอกสารหนังสือรับรองความคุ้มครองให้เพื่อแสดงวงเงินความคุ้มครองประกันสุขภาพตามแผนประกันที่ท่านถืออยู่

หากท่านมีข้อสงสัยเพิ่มเติม กรุณาติดต่อกลับมายังบริษัทฯ

ขอแสดงความนับถือ



ทอม ชอมสัน
ประธานเจ้าหน้าที่บริหาร

APPLICATION FOR CHANGING BENEFIT PLAN

IMPORTANT NOTE: Any condition existing at the time of upgrade shall continue to be covered at the old benefit level.

(ในกรณีที่ผู้อุปประกันต้องการปรับเปลี่ยนแผนความคุ้มครอง การเจ็บป่วยใดๆ ที่เกิดขึ้นก่อนการปรับเปลี่ยนความคุ้มครอง จะได้รับความคุ้มครองเท่ากับผลประโยชน์เดิมก่อนการปรับเปลี่ยนความคุ้มครองเท่านั้น)

Policy No. (เลขที่กรมธรรม์) :

Name of Policy Holder (ชื่อผู้ถือกรมธรรม์) :

Address (ที่อยู่) :

Name(s) of Insured Person (ชื่อผู้ได้รับความคุ้มครอง) :

Telephone No. (เบอร์โทรศัพท์) : (Home) : (Office)

Fax No. (เบอร์โทรสาร) :

New Plan Requested (แผนความคุ้มครองใหม่ที่ต้องการ) :

Option(s) (แผนความคุ้มครองเพิ่มเติม) :

Effective Date for Proposed Changes (วันมีผลบังคับใช้) :

Remarks (หมายเหตุ) :

Please advise if any person covered by this request: (โปรดระบุหากท่านเคยได้รับการรักษาดังรายการต่อไปนี้) YES (ใช่) NO (ไม่ใช่)

1. Has undergone any tests, investigations or taken any medications or received any form of treatment recommended or prescribed during the last 12 months? YES NO

(เคยได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจวินิจฉัย ได้รับยา การรักษา แนะนำให้รักษาภายในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา)

2. Is currently under treatment or observation for any medical condition? YES NO

(ปัจจุบันได้รับการรักษาหรือติดตามการรักษาเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บใดๆ)

3. Has been advised to have any diagnostic test or medical procedure which has not been completed? YES NO

(เคยได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือทางการแพทย์อื่นๆ ซึ่งยังไม่เสร็จสิ้น)

4. Has incurred any medical expenses which have not yet been fully disclosed to Pacific Cross Health Insurance Public Company Limited YES NO

Insurance Public Company Limited

(เคยได้รับการรักษาที่ยังไม่ได้แจ้ง หรือเปิดเผยอย่างชัดเจนแก่บริษัท แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน))

5. Has exhibited any symptoms in a repeated/persistent way? YES NO

มีอาการบาดเจ็บ เจ็บป่วย หรืออาการผิดปกติอื่นใดที่เกิดขึ้นซ้ำๆ หรือเรื้อรัง

If you answered "Yes" to any of the above questions 1 to 5, please declare in complete details

โปรดกรอรายละเอียดเพิ่มเติมโดยละเอียดในกรณีที่ตอบว่า "ใช่" ในแต่ละคำถาม

I/We hereby declare that, to the best of my knowledge and belief, all answers to the foregoing questions are correctly and accurately recorded, and that they are full, complete, and true. I/We further declare that all persons covered by this request are in good health except as declared herein.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำตอบทั้งหมดข้างต้นนี้ถูกต้อง สมบูรณ์และตรงตามความเป็นจริงทุกประการ ข้าพเจ้าขอรับรองอีกด้วยว่า นอกเหนือจากคำแถลงข้างต้นนี้ ข้าพเจ้ามีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ทุกประการ

.....

...../...../.....

Signature of Policy Holder

Date / วันที่

ลายเซ็นผู้ถือกรมธรรม์

Certificate of Insurance

Date

Policy Holder :

Policy Number :

Insured Person(s) :

Member Number :

Coverage Plan :

Effective Date :

Area of Coverage :

To Whom It May Concern:

This Certificate of insurance guarantees that the insured persons above are currently insured By Pacific Cross Health Insurance PCL. The insured's insurance policy is currently in force from until Under the above health insurance policy the insured person is covered for emergency medical coverage up to a maximum limit of Baht per disability (subject to the terms and conditions of the policy).

Should you have any further query regarding the insured's insurance coverage please do not hesitate to contact us by either e-mail or telephone.

Yours faithfully,

(.....)
Authorized Signature