

# STANDARD PLAN



ทิพยประกันชีวิต  
DHIPAYA LIFE ASSURANCE

เลขที่ใบสมัคร.....  
(Application No.)



## ใบสมัครเป็นสมาชิกของผู้เอาประกันภัยกลุ่ม (Application For Group Life Insurance)

ทุนประกัน.....  
FCL.....  
เข้าใหม่ ☐ เริ่ม ถ. ☐ ระหว่างปี

- กรมธรรม์กลุ่มเลขที่ (Policy No.).....-L,.....-H
- ใบรับรองเลขที่ (Certificate No.).....

- ชื่อผู้ทรงกรมธรรม์ (Policyholder)..... **THAI-JAPANESE MUTUAL AID ASSOCIATION**
- ชื่อสมาชิก (Insured Person) (...) นาย (Mr.) (...) นาง (Mrs.) (...) นางสาว (Miss)..... **氏 名**  
อายุ (Age) **年齢** (Years) วัน เดือน ปีเกิด (Date of Birth)..... **生年月日** ที่อยู่ (Address)..... **住所**  
.....อาชีพ (Occupation).....ตำแหน่ง (Position).....
- บัตรประจำตัว (I.D. card) (...) ประชาชน (Nation I.D. card) (...) ข้าราชการ (Government I.D. card) (...) อื่น ๆ (Other Card)..... **PASSPORT**.....เลขที่ (Card No.)..... **パスポート番号**
- ชื่อผู้รับประโยชน์ (Name of Beneficiary) ความสัมพันธ์ (Relation) ส่วนแบ่ง % (Share)  
..... **死亡金受取人氏名**..... **続柄**..... **%**  
.....  
.....  
.....
- ให้ผู้สมัครสมาชิกของผู้เอาประกันภัยกลุ่มกรอกข้อความต่อไปนี้ (Please give details as follows)
  - ส่วนสูง (Height)..... **身長**.....ซ.ม. (c.m.) น้ำหนัก (Weight)..... **体重**.....ก.ก. (k.g.)
  - ในระยะ 5 ปี ที่ผ่านมานี้ ท่านเคยได้รับบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วย หรือเคยรักษาตัวในสถานพยาบาลหรือไม่  
**過去5年間に怪我や病気を患ったりまたはメディカルセンターで治療を受けたことがありますか?**  
(Over the past 5 years have you ever been injured, sickness, and taking advice from doctor?)  
( ) เคย (Yes) ( ) ไม่เคย (No)
  - ใบคำขอเอาประกันภัย หรือใบคำขอต่ออายุ กรมธรรม์ประกันชีวิตใด ๆ ของท่านเคยถูกบริษัทประกันภัย ปฏิเสธ หรือ  
เลื่อนการพิจารณา หรือต้องเพิ่มเบี้ยประกันภัย หรือเปลี่ยนแปลงแบบการประกันภัยหรือไม่  
(Have you ever been refused, deferred for acceptance, Insurance premium increased of face any changes in policy  
conditions from this company of from any other company or not?)  
( ) เคย (Yes) ( ) ไม่เคย (No)  
**過去保険会社から生命保険契約の見直しや変更、又は申請を拒否されたり、当面の見合わせや  
料金の上乗せをされたことがありますか?**

過去に心臓病、高血圧、糖尿病、肝臓病、腎臓病、結核、アルコール依存症、麻薬中毒診断  
又は治療を受けたことがありますか?

- 5.4 ง. ท่านเคยเป็นโรคหัวใจ โรคเมเร็ง โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน โรคตับ โรคไต วัณโรค โรคพิษสุราเรื้อรัง หรือติดยา  
เสพติดให้โทษบ้าง หรือไม่ (Have you ever been heart disease, Cancer, Blood pressure, Diabetes, Liver disease,  
Kidney disease, Tuberculosis, and having other habit-forming drugs or not?)  
( ) เคย (Yes) ( ) ไม่เคย (No)

\*\*\*ถ้าตอบข้อ ข. ถึง ง “เคย” โปรดให้รายละเอียดข้างท้ายนี้ พร้อมระบุชื่อแพทย์และสถานพยาบาลที่รักษา

\*\*\*In case the answers from B to D is “Yes”, Please give details including name and all doctors that have given treatment

5.2 - 5.4 の問題が (はい) に該当する場合は、以下に詳細をご記入下さい。

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นทั้งหมดสมบูรณ์ และเป็นความจริง และถือให้เป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันชีวิต  
กลุ่ม นอกจากนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์สถานพยาบาล ซึ่งมีบันทึกประวัติ หรือทราบเรื่องราวเกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้า  
เปิดเผยให้ บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ทราบทั้งหมดเกี่ยวกับโรค และการรักษาพยาบาลโดยไม่มีข้อแม้ใด ๆ ทั้งสิ้น  
และให้ถือสำเนาภาพถ่ายของหนังสือฉบับนี้มีผลบังคับใช้ได้ และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ (I would certify the above sentence is  
absolutely perfect and trustfulness. Please take the above information as part of Group Life Insurance Contract. Besides I  
accept and consent to doctor in the contracted hospital who has our personal health record has right to declare all information  
about personal diseases and treatments without any conditions. Do take this copy contract as perfectly as original copy.)

ทำที่ (Written at).....

サイン

ลงชื่อ(Signed) .....ผู้สมัครเป็นสมาชิกของผู้เอาประกันภัยกลุ่ม

( ..... ) (The Applicant of Group Life Insurance)

วัน เดือน ปี (D/M/Y)...../...../.....

สำหรับ บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (For DHIPAYA LIFE ASSURANCE PUBLIC CO., LTD.)

ผลการตรวจสอบ และพิจารณา (Result of checking and consideration)