## Application Form Personal Accident & Health Insurance Policy (TIP LONG STAY VISA O-A)

1. APPLICANT INFORMATION

Name Mr. Miss Mrs. ……氏名…… Middle Name…… Surname ……ミドルネーム……

ID/Passport Number ……身分証/パスポート番号…… Work Permit No. ……労働許可証番号…… Date of Issue ……発行日…… (Please attach copy)

DD/MM/YR (Date of Birth.)……生年月日(日/月/年)…… Weight (Kgs.)……体重…… Height (cm.)……身長……Race……人種…… Nationality ……国籍……

Civil Status 婚姻状況 Single 独身 Married 既婚 Widowed 死別 Divorced 離婚 Current Address 現住所……

Tel. No. ……電話番号…… E-mail ……E-メール…… Occupation……職業…… Position……役職……

Type of Business……事業内容…… Monthly Salary ……月収…… THB /Other Income……THB

Company Name/Address ……勤務先名・住所…… Tel. No. …… Ext.……内線……

Applicant's Name in Bank Account ……銀行口座名義……Bank Name ……銀行名……Branch……支店……

Bank Account No. ……銀行口座番号……( For Claim Reimbursement )

**2.** BENEFICIARY INFORMATION 受取人情報(保険金受取人)

Name Mr. Miss Mrs.……氏名…… Middle Name…… Surname ……ミドルネーム…… Relationship to Insurer ……被保険者との続柄……

Address……住所……Tel. no. ……電話番号……

保険期間

**3.** Period of Insurance: From: ……開始日…… at: ……時刻……hours To: ……終了日…… at 24.00 hours

**4**. Please select plan of Insurance: 保険プラン(年齢別)

| Age (Years) | Plan 1 (Baht) | Plan 2 (Baht) |
|---|---|---|
| 14 Days - 5 Years | 88,000 | 76,000 |
| 6 - 15 | 57,000 | 49,000 |
| 16 - 30 | 34,000 | 29,000 |
| 31 - 40 | 32,000 | 27,000 |
| 41 - 50 | 43,000 | 37,000 |
| 51 - 60 | 55,000 | 47,000 |
| 61 - 70 | 69,000 | 59,000 |
| 71 - 80 | 90,000 | 76,000 |

**5. Premium Payment Options:** 保険料支払方法

☐ 現金 Cash ☐ Credit Card/Issuer ……クレジットカード…… Card Number……カード番号…… Expiry Date ……有効期限……

☐ 自動引落し Automatic withdrawal/Bank Name……銀行名…… Branch……支店…… Acct No……口座番号……

**Total Premium** ____合計保険料____ **THB (Stamp & VAT included)**

**Health & other health related questions:** 健康および既往症に関する質問

(過去5年間の入院歴・診断歴・治療歴、現在の健康状態、服薬状況などを「はい/いいえ」で回答し、必要に応じて詳細記入)

6. Do you have or have proposed for Health Insurance, Critical Illness Insurance, Life Insurance or Personal Accident with the company or any other company?

○ いいえ No ○ はい Yes, Explain: 詳細を記入 ……

7. Have you ever been declined life insurance or personal accident insurance or had your insurance cancelled or had a renewal declined or had additional premium imposed for such insurance?

これまでに、生命保険または傷害保険の加入を拒否されたこと、保険を取り消されたこと、更新を断られたこと、または追加の保険料を課されたことはありますか

○ いいえ No ○ はい Yes, Explain: 詳細を記入 ……



บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) DHIPAYA INSURANCE PUBLIC CO.,LTD. Tel: +66(0) 2239 2200 Call Center 1736
เลขที่ 1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี 1115 Rama 3, Chong Nonsi, Fax: +66 (0) 2239 2049
เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120 Yannawa, Bangkok 10120 Thailand www.dhipaya.co.th

過去5年間に、以下の病気や症状で病院またはクリニックに入院、もしくは診断されたことがありますか？がん全般、嚢胞、脳血管疾患（脳卒中）、
8. In the past 5 years, have you ever been admitted or diagnosed in a hospitalized or clinic for the following: any kind of Cancer, cyst, Cerebro-Vascular Disease
心筋梗塞、慢性腎疾患または腎 不全、全身性エリテマトーデス（SLE）、入院を伴う高血圧、インスリン投与を伴う糖
(Stroke), Cardiac Arrest, Myocardial Infarction, Chronic Kidney Disease or Kidney failure, Systemic Lupus Erythematosus (SLE), Hypertension with admission,
尿病、スタチン治療を受けている高脂血症、 BMI33以上の肥満、慢性閉塞性肺疾
Diabetes (with insulin administration), Hyperlipidemia (Treated with Statins to lower cholesterol), Obesity (BMI more than 33 up), Chronic Obstructive Pulmonary
慢性閉塞性肺疾患（COPD）、肺気腫、エイズまたはHIV、サラセミア、多発性硬化症、クローン病、 B 型またはC 型肝炎、肝硬変、アルコール依存症や薬物
Disease (COPD), Emphysema, AIDS or HIV, Thalassemia, Multiple Sclerosis, Crohn's Disease, Hepatitis B or C, Cirrhosis of the Liver, Alcoholism and Drug
依存症、身体の一部の障害、麻痺、精神的障害、麻薬使用、その他の重篤な疾病。
Abuse/Addiction, have any disabled part of your body, paralysis, psychologically impaired, taken narcotic drugs and other seriously illness?

○ いいえ No ○ はい Yes, Explain: …… 詳細を記入

過去5年間に、病気や痛みのために医師から処方を受けたり、手術を受けたことがありますか？（はいの場合、診断内容と治療内容を記載）
9. In the past 5 years, have you ever been treated or been issued a prescription by a physician for any pain or illness or surgical procedure? (If yes, please explain details of diagnosis and treatment provided for that incident).

○ いいえ No ○ はい Yes, Explain: …… 詳細を記入

現在、病気、事故、薬物依存などの治療・処置を医師の監督下で受けている途中ですか？
10. Currently, are you recovering from any procedure or treatment for any illness, accident or substance abuse under the supervision of a physician?

○ いいえ No ○ はい Yes, Explain: …… 詳細を記入

過去5年間に、X線検査、核医学検査、MRI・CTスキャン、超音波検査、生検、心電図（EKG）、血液検査、
11. In the past 5 years, have you ever been subjected to Radiographic exams, Nuclear Medicine evaluation as MRI and CT Scan, Ultrasound, Biopsy, EKG, Blood
尿検査を受けたことがありますか？（はいの場合、医師の指示内容、診断内容、検査の理由、病院名またはクリニック名を記載）
and Urine Test? (If, yes, please specify the doctor's order and diagnosis as to declare the reason of test and the place of hospitalized or clinic where test was done).

○ いいえ No ○ はい Yes, Explain: …… 詳細を記入

手術や大きな生検が必要と診断されたが、まだ実施していないことはありますか？
12. Have you ever been diagnosed and evaluated by a physician for a surgical procedure of any kind or instructed to undergo a major biopsy but have not proceeded
（はいの場合、医師名と病院名を記載）
to do so? (If yes, please specific the name of Physician and the hospitalized or clinic)

○ いいえ No ○ はい Yes, Explain …… 詳細を記入

現在、痛み、腫瘍、異常出血、嚢胞など、医師の診察や治療を受けていない異常な健康状態はありますか？
13. Are you currently in any abnormal state of health, (such as pain, tumor, abnormal bleeding, and presence of any cyst or any other condition that you have not seek medical advice or treatment?

○ いいえ No ○ はい Yes, Explain: …… 詳細を記入

先天性疾患や慢性疾患により、現在も継続的に処方薬を服用していますか？
14. Are you currently on regular prescription medications for a congenital disease or any chronic disease or not?

○ いいえ No ○ はい Yes, Explain medication and diagnosis: …… 詳細を記入

被保険者の承認 被保険者と保険会社の間で合意された通り、 本保険契約は、保険証券発行前に被保険者が負傷または疾病、
**RATIFICATION OF THE INSURED** As agreed between the insured and the insurer, this policy does not provide coverage to the insured for injury or illness or any complication thereof
またはそれに伴う合併症を被った場合には補償を提供しません。ただし、特定疾病補償を明記した特約が発行されている場合を除きます。
obtained or acquired by the insured prior to the issuance of this policy as stated by the insured, except if indicated in any endorsement of identify disease-specific coverage issued. The
被保険者は、これらの条件をすべて承認し同意します。 上記の情報は、私の知る限り真実かつ完全に正しいことを証明いたします。
insured acknowledges and agrees to these terms and conditions in all respects. This is to certify that the above information are true and completely correct to my knowledge, and I authorize
また、私を診療したすべての医療機関に対し、 私の医療履歴、過去の治療および診断に関するすべての必要な情報、ならびにHIVウイルス
all medical institutions that have treated me to provide all and necessary information relating to my medical history and previous treatments and diagnosis, including any results of HIV virus
検査の結果を、当申込書の要件としてディパヤー保険株式会社（PLC）に提供することを許可します。
testing as required by this application to DHIPAYA Insurance Co. (PLC). This document is not an insurance contract. The applicant will be protected once it has been verified by the
なお、本書面は保険契約ではありません。申込者は、会社による確認が行われた時点で補償されます。 被保険者は、会社が私の健康および
Company.The Insured hereby authorize the Company to store, use and disclose the information relating to (my health and) information of the Insured to Office of Insurance Commission
被保険者に関する情報を保険事業の適正な運営のために保険委員会（OIC）へ保管、使用および開示することを承認します。
(OIC) for the benefits of insurance business governance.

According to the tax regulation, should the Insured wish to apply this insurance policy for the income tax reduction?

☐ 保険料を所得控除の対象とするため、歳入局へ情報提供を行うことを希望しますか？
Yes, I hereby authorize the Company to disclose and forward the information relating to insurance premium to the Revenue Department according to the government regulation.
保険料に関する情報を歳入局に提供することに同意します（タイ居住者以外で納税義務がある場合、納税者番号を記入）。
In case the Insured are Non-Thai Residence who have duty to pay income tax, kindly specify your taxpayer identification No. ……

☐ No 同意しません。
同意は、被保険者から取り消しの指示があるまで有効です。
The consent to disclose and forward the information to the Revenue Department will be in force until the Insured have an instruction of cancellation or any alterative.

Applicant Signature: …… サイン
申込者署名：（……ローマ字……）

Date of Application 申込日
Day ….. Month.....……Year…… 日 月 年

☐ **Direct Client** ☐ **Agent** ☐ **Broker** …… **License No.** ……

**REMINDER OF THE OFFICE OF INSURANCE COMMISSION**

**As stated by civil and commercial law clause 865, if any of the answers above are proven to be fictitious or not true then the insurance policy can be immediately terminated and any or all claims declined.**



บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) DHIPAYA INSURANCE PUBLIC CO.,LTD. Tel: +66(0) 2239 2200 Call Center 1736
เลขที่ 1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี 1115 Rama 3, Chong Nonsi, Fax: +66 (0) 2239 2049
เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120 Yannawa, Bangkok 10120 Thailand www.dhipaya.co.th