



Application Form

TIP Premium Health & Accident Insurance Policy

Personal Health and Accident Insurance (TIP Health Care 25000)

1. APPLICANT INFORMATION 保険申込者

Name ☐ Mr. ☐ Miss ☐ Mrs. 名 Middle Name. - Surname 姓
ID/Passport Number パスポート番号 Work Permit No. 就労許可証番号 Date of Issue 発行日 (Please attach copy)
DD/MM/YR (Date of Birth.) 生年月日 Weight (Kgs.) 体重 Height (cm.) 身長 Race 人種 Nationality 国籍
Civil Status ☐ Single ☐ Married ☐ Widowed ☐ Divorced 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 業務内容 Monthly Salary 月給 THB /Other Income 他の収入 THB
Company Name/Address 社名 Tel. No. 勤務先電話番号 Ext.

2. BENEFICIARY INFORMATION 死亡金受取人内容

Name ☐ Mr. ☐ Miss ☐ Mrs. 名 Middle Name. - Surname 姓 Relationship to Insurer 続柄
Address 住所 Tel. no. 電話番号

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

4. Please select plan of Insurance:

Plan プラン	TIP Health Care 25000			
	Plan 1 プラン1	Plan 2 プラン2	Plan 3 プラン3	Plan 4 プラン4
Age (Years) 年齢	☐ 15-40 Years old	☐ 41-50 Years old	☐ 51-60 Years old	☐ 61-70 Years old

5. Premium Payment Options:

☐ Cash 現金/送金
☐ Credit Card/Issuer Card Number Expiry Date
☐ Automatic withdrawal/Bank Name Branch Acct No.
Total Premium THB (Stamp & VAT included)

Health & other health related questions:

健康保険、重大疾病保険、生命保険、または個人傷害保険について、当社または他社にてご加入または申込みをされたことはありますか?
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?

☐ No いいえ ☐ Yes, Explain: はい、説明してください:

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? 生命保険または個人傷害保険への加入を拒否されたことや、保険を解約されたこと、更新を拒否されたこと、あるいはそれらの保険において追加保険料を課されたことはありますか?

☐ No いいえ ☐ Yes, Explain: はい、説明してください:

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 過去5年以内に、次のいずれかについて入院または診断を受けたことがありますか:あらゆる種類ののがん、嚢胞、脳血管疾患(脳卒中)、心停止、(Stroke), Cardiac Arrest, Myocardial Infarction, Chronic Kidney Disease or Kidney failure, Systemic Lupus Erythematosus (SLE), Hypertension with admission, 心筋梗塞、慢性腎臓病または腎不全、全身性エリテマトーデス(SLE)、入院を伴う高血圧、糖尿病(インスリン投与を伴うもの)、高脂血症(スタチンによるコレステロール低下治療を受けているもの)、肥満(BMI 33以上)、慢性閉塞性肺疾患 (COPD)、肺気腫、AIDSまたはHIV、サラセミア、多発性硬化 Pulmonary Disease (COPD), Emphysema, AIDS or HIV, Thalassemia, Multiple Sclerosis, Crohn's Disease, Hepatitis B or C, Cirrhosis of the Liver, Alcoholism クロールン病、B型またはC型肝炎、肝硬変、アルコール依存症および薬物乱用/依存、身体の一部に障害がある、麻痺、精神的障害、麻薬の使用、and Drug Abuse/Addiction, have any disabled part of your body, paralysis, psychologically impaired, taken narcotic drugs and other seriously illness? その他の重篤な疾患。

☐ No いいえ ☐ Yes, Explain: はい、説明してください:

いいえ



ทิพย์ประกันภัย

DHIPAYA INSURANCE

ภาคธุรกิจประกันภัย

ห่วงใยทุกชีวิตในสังคม

過去5年間に、医師から痛みや病気、または外科的処置について治療を受けたり、処方箋を発行されたりしたことはありますか? 「はい」の場合
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
その際の診断内容と治療内容の詳細をご説明ください。)
details of diagnosis and treatment provided for that incident).
いいえ はい
☐ No ☐ Yes, Explain: はい、説明してください.....

現在、病気、事故、または薬物乱用に関して、医師の管理下で何らかの処置や治療を受けて回復中ですか?
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 はい
☐ No ☐ Yes, Explain: はい、説明してください.....

過去5年間に、放射線検査、核医学検査(MRI・CTスキャンなど)、超音波検査、生検、心電図 (EKG)、血液検査・尿検査を受けたことはありますか?
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
(「はい」の場合は、検査の理由を明らかにするため、医師の指示内容と診断内容、および検査を受けた病院やクリニックの名称を具体的
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).
にご記入ください。)
いいえ はい
☐ No ☐ Yes, Explain: はい、説明してください.....

医師からいかなる種類の外科的処置についても診断・評価を受けたことがある、または大規模な生検を受けるよう指示されたにもかかわらず、
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
それを実施していない場合はありますか? 「はい」の場合は、医師の氏名および入院先・受診したクリニックの名称を具体的ににご記入ください。)
いいえ はい
☐ No ☐ Yes, Explain はい、説明してください.....

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
現在、痛み、腫瘍、異常出血、嚢胞の存在、その他何らかの異常な健康状態にありながら、医師の診察や治療を受けていない状態はありますか?
seek medical advice or treatment?
いいえ 「はい」 「はい」の場合、説明してください。
☐ No ☐ Yes, Explain:

現在、先天性疾患または何らかの慢性疾患のために、定期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 「はい」 「はい」の場合、服用中の薬剤名と診断名をご説明ください。
☐ No ☐ Yes, Explain medication and diagnosis:

保険契約者の確認事項
RATIFICATION OF THE INSURED
保険契約者と保険者との間で合意した通り、本保険契約は、保険契約者が申告した本保険証券発行以前に保険契約者が罹患または取得していた
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 obtained or acquired by the insured
傷害・疾病およびそれに付随する合併症について、特定疾病を対象とする特約(裏書)にその旨が明記されている場合を除き、保険契約者に対する
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 insured acknowledges and agrees to
補償を提供しないものとします。保険契約者は、これらの契約条件をあらゆる点において承認し、同意するものとします。
these terms and conditions in all respects.

上記の情報は、私の知る限り真実かつ完全に正確であることをここに証明します。また、本申込みにより必要とされるHIVウイルス検査の
This is to certify that the above information are true and completely correct to my knowledge, and I authorize all medical institutions that have treated me to provide all and necessary
結果を含め、私を治療したすべての医療機関が、私の病歴および過去の治療・診断に関する必要な情報をDHIPAYA Insurance Co. (PLC)
information relating to my medical history and previous treatments and diagnosis, including any results of HIV virus testing as required by this application to DHIPAYA Insurance Co.
に提供することを許可します。本書類は保険契約ではありません。申込者は、当社による確認が完了した時点で保護されるものとします。
(PLC). This document is not an insurance contract. The applicant will be protected once it has been verified by the Company.
保険契約者は、保険事業のガバナンスのため、当社が保険契約者の健康に関する情報を保険監督委員会(Office of Insurance Commission, OIC)に
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 (OIC) for
対して保管、使用、開示することをここに許可します。
the benefits of insurance business governance.

税制上の規定により、保険契約者が本保険契約を所得税控除の申請に利用することを希望する場合
According to the tax regulation, should the Insured wish to apply this insurance policy for the income tax reduction?
「はい」の場合、保険契約者は、政府の規定に従い、当社が保険料に関する情報を歳入局(Revenue Department)に開示・送付することをここに許可するものとします。
☐ 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.
被保険者が所得税の納税義務を有するタイ非居住者(外国人居住者)である場合は、納税者番号(Taxpayer Identification No.)をご記入ください。
In case the Insured are Non-Thai Residence who have duty to pay income tax, kindly specify your taxpayer identification No.
☐ No
いいえ
保険料に関する情報を歳入局に開示・送付することへの同意は、保険契約者が解約またはその他
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 alternative.

申込者署名: パスポートと同じサイン 申込日
Applicant Signature: Date of Application
日 月 年
(.....) Day Month..... Year.....

☐ 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.

