

# APPLICATION FORM FOR GROUP INSURANCE

## 邦人団体医療保険申込書

(英字記入)

Family Name

Given Name

Applicant's Name \_\_\_\_\_ Sex \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_  
 (申込本人氏名) (名 字) (名 前) (性 別) (生年月日)

Address (自宅) \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

会社名、会社住所はご記入不要。お名刺を添付してください。

Insurance applied for: (保険加入希望者) 該当する保険料の( )にチェック印する。 Please check one ( X )	Monthly Premium (月払い保険料)	
	Plan 1 (安心プラン)	Plan 2 (安心プラン)
(A) Applicant only(本人のみ)	( ) 2,020 Bht	( ) 2,890 Bht
(B) Applicant + Spouse(本人+配偶者)	( ) 4,040 Bht	( ) 5,780 Bht
(C) Applicant + Spouse + Children(本人+配偶者+子供)	( ) 8,130 Bht	( ) 12,460 Bht
(D) Applicant + Children(本人+子供)	( ) 6,110 Bht	( ) 9,570 Bht

For FAMILY COVERAGE (B), (C), (D) Please complete below

ご家族も保険対象とする場合は下欄にご記入ください。  
 (Note) Married child(ren) cannot be insured under the policy.  
 ご注意：既婚の子供は対象外です。  
 Age of Child(ren) must be between 2 weeks - 18 yrs. (If student, 23)  
 対象となる子供の年齢は2週～18才、学生23才まで。

保険料支払者：

- ( ) 本人払い  
 ( ) 会社払い

GROUP

Relations (続 柄)	Given Name (名 前)	Family Name (名 字)	Sex (M/F) (性 別)	Date of Birth (生年月日)
Spouse (配偶者)	_____	_____	_____	_____
Child (子 供)	_____	_____	_____	_____
Child (子 供)	_____	_____	_____	_____
Child (子 供)	_____	_____	_____	_____

For the Principle Applicant, please write below the beneficiary in case of death.

お申込み本人に限り死亡補償が自動担保されていますので、死亡保険金受け取り人をご指定ください。但しご家族に限ります。二人ご指名の場合は各50%お支払します。

1. Beneficiary (受取人氏名) \_\_\_\_\_ Relations (続柄) \_\_\_\_\_

2. Beneficiary (受取人氏名) \_\_\_\_\_ Relations (続柄) \_\_\_\_\_

死亡保険金受け取り人のご住所が別の場合は下記にお書きください。  
 If the Beneficiary does not live with you, please write the address below:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

I hereby accept all insurance conditions and exclusions under AIA Group Policy No.86006 and apply for the same policy.

私は、AIA生命保険会社の団体保険86006の約款及び免責を承認し加入申し込みます。

(お申込み本人署名) Your Signature \_\_\_\_\_

(日 付) Date \_\_\_\_\_