

医療保険お申込書

この和訳注釈付き申込書にはご記入しないで
ください。blank版をご使用ください。



LIFESTYLE SERIES APPLICATION

A New Lifestyle for a New Generation

Experience Matters

すべての該当項目にもれずに英字でご記入ください。

รายละเอียดผู้ขออาประกันภัย (ตามที่ระบุในบัตรประจำตัวประชาชนหรือหนังสือเดินทาง) Applicant's Details (as stated on ID Card or Passport)		PCHI ID No.		
<input type="radio"/> นาย : Mr. <input type="radio"/> นาง : Mrs. <input type="radio"/> นางสาว : Miss <input type="radio"/> เด็กชาย : Master <input type="radio"/> เด็กหญิง : Ms. <input type="radio"/> อื่นๆ : Other.....		เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง : ID / Passport No. パスポート番号		
ชื่อผู้ขออาประกันภัย : Family Name 姓		วันหมดอายุ : Expiry Date ご記入不要		
ชื่อ : First Name 名前	ชื่อกลาง : Middle Name	DD MM YYYY		
วันที่เริ่มต้นประกันภัย : Policy Commencement Date ご記入不要	DD MM YYYY			
เพศ : Gender 性別 <input type="radio"/> ชาย : Male <input type="radio"/> หญิง : Female	สถานภาพ : Marital Status 独身か既婚者 <input type="radio"/> โสด : Single <input type="radio"/> สมรส : Married <input type="radio"/> หม้าย : Widowed <input type="radio"/> หย่า : Divorced			
อายุ : Age 年齢	สัญชาติ : Nationality 国籍	น้ำหนัก (กก.) : Weight (kg.) 体重	ส่วนสูง (ซม.) : Height (cm.) 身長	รอบเอว (ซม.) : Waist (cm.) ウエストサイズ
วันเกิด 生年月日 : Date of Birth 日 月 年 年 年 年	DD MM YYYY			
อาชีพ : Occupation 職業 (หากเกษียณอายุแล้วกรณารับอาชีพล่าสุด) (リタイアされている場合は最終職業)	ตำแหน่ง : Position 職位	ลักษณะงานที่ทำ : Type of Work 職種		
ที่อยู่ปัจจุบัน : Current Address ご住所				
ชื่อและที่อยู่ สถานที่ทำงาน : Company Name, Work Address 勤務先会社名、住所				
ที่อยู่ 郵送先:会社をお勧めします : Contact Address (Please identify) <input type="radio"/> 自宅 : Current Address <input type="radio"/> 会社 : Work Address				
โทรศัพท์มือถือ : Mobile No. 携帯電話	โทรศัพท์บ้าน : Telephone No. 固定電話	อีเมล : E-mail Address メールアドレス		
銀行口座情報, 保険金振り込みの場合 Bank Account Details for the Payment of Claims				
ธนาคาร : Bank 銀行名 ชื่อบัญชี : Account Name 口座名義人				
สาขา : Branch 支店名 เลขที่บัญชี : Account No. 口座番号				
死亡保険金受取人(ご家族に限る) Beneficiary Details and Relationship to Insured (as stated on ID Card or Passport)				
<input type="radio"/> นาย : Mr. <input type="radio"/> นาง : Mrs. <input type="radio"/> นางสาว : Miss <input type="radio"/> เด็กชาย : Master <input type="radio"/> เด็กหญิง : Ms. <input type="radio"/> อื่นๆ : Other.....		เลข パスポート ือเดินทาง : ID / Passport No.		
ชื่อผู้รับประโยชน์ 1 : Beneficiary Name 1		วัน 生年月日 : 国籍 Date of Birth Nationality		
นามสกุล : Family Name 姓	DD MM YYYY			
ชื่อ : First Name 名前	ชื่อกลาง : Middle Name			
ความสัมพันธ์ 続柄 : Relationship to the Applicant <input type="radio"/> คู่สมรส:Spouse <input type="radio"/> บุตร:Child <input type="radio"/> อื่นๆ:Other.....	เพศ : 性別 <input type="radio"/> ชาย : Male <input type="radio"/> หญิง : Female	電話番号 電話番号 Contact Phone No.		
ที่อยู่ผู้รับประโยชน์ : Beneficiary Full Address 死亡保険金受け取り人の住所		อีเมล : E-mail Address メールアドレス		
<input type="radio"/> นาย : Mr. <input type="radio"/> นาง : Mrs. <input type="radio"/> นางสาว : Miss		ご記入不要		
<input type="radio"/> เด็กชาย : Master <input type="radio"/> เด็กหญิง : Ms. <input type="radio"/> อื่นๆ : Other.....				
ชื่อผู้รับ				
นามส				
ชื่อ : F				
ความ				
<input type="radio"/> คู่				
ที่อยู่ผู้				

1. 保障プラン (Select your Protection Plan)				Standard Extra以下のプランは日本人の行く病院では保険が使えません。		基準料額 (Base Premium) บาท/Baht		
<input type="radio"/> 日本人不向き	<input type="radio"/> Premier	<input type="radio"/> Maxima	<input type="radio"/> Ultima	保険料欄の数字記入は不要です。お見積り書をお送りします。				
<input type="radio"/> 日本人不向き	<input type="radio"/> Premier Plus	<input type="radio"/> Maxima Plus	<input type="radio"/> Ultima Plus					
<input type="radio"/> Standard Extra	Standard Extra, Premier, Premier Plus, Maxima Plusからお選びください。それ以下の保障プランでは日本人の行く病院は保険対象外です。(例、サミテウエート、バンコク、バムルン病院)							
2. 割引方法 (Premium Discount Options)				保険料をお安くするために、保険給付を制限して割引が適用できます。				
OPD Benefit 複数の割引をご採用される場合、最終割引率は乗算計算です。 Deductible options are not available for the Standard and Standard Plus Plans		<input type="radio"/> 通院保障削除 (Exclusion of Outpatient Benefit)	20%	2 割引				
Deductible/Person/Policy Year 複数の割引をご採用される場合、最終割引率は乗算計算です。 Deductible options are not available for the Standard and Standard Plus Plans		<input type="radio"/> 免責金額設定 入院治療などされた場合でも、あえて、自己負担金を課して、免責金額を超えた分の治療費に保険を使う。	20,000 บาท (THB 20,000 Deductible)	15%	免責金額		割引率	
		40,000 บาท (THB 40,000 Deductible)	25%					
		100,000 บาท (THB 100,000 Deductible)	32.5%					
		200,000 บาท (THB 200,000 Deductible)	40%					
		300,000 บาท (THB 300,000 Deductible)	50%					
		<input type="radio"/> 親子合同収支選択割引 (Family Discount)	5%	ご注意点				
親子合同収支決算をご選択される場合親子いずれかが保険をお使いになると、全員に無事故割引が適用されません。							Sub-Total	
3. 特約 (Additional Benefits)				保険料ご記入不要				
*** หมายเหตุ *** สำหรับแผน Standard Plans ทุกแผนไม่สามารถเลือกซื้อความคุ้มครองเพิ่มเติมด้านทันตกรรมและจักษุได้ *** Remark *** Dental and Vision Benefits are not available for all types of Standard Plans		<input type="radio"/> 歯科特約 /Dental Benefit	<input checked="" type="radio"/> 希望する or <input type="radio"/> 希望しない。					
		<input type="radio"/> 眼科特約 on Benefit	<input type="radio"/> คุ้มครอง/Cover <input type="radio"/> ไม่คุ้มครอง/Not Cover					
		<input type="radio"/> 傷害補償額の増額希望の場合 Buy More Personal Accident (PA).....Baht (Insert Amount)	希望増額金額を点線の上に記入					
		เบี้ยประกันเพิ่ม 145 บาท ต่อความคุ้มครอง 100,000 บาท Additional Premium THB 145/ THB 100,000 จำนวนเงินที่ซื้อเพิ่มจากวงเงินภายใต้แผนประกันที่เลือก The amount bought is to be added to existing amount within the selected plan วงเงินความคุ้มครองนี้เป็นวงเงินเพิ่มเติมจากแผนประกันที่เลือก This coverage is in addition to the selected insurance plan amount. *บริษัทขอสงวนสิทธิ์ที่จะพิจารณาหรือปฏิเสธเงื่อนไข* *The Insurer reserves the right to accept, limit or decline this request.						
4. ค่าเบี้ยประกันรายปี (Annual Premium)				半年払いご希望の場合は大きく Semi-Annual とお書きください				
เบี้ยประกันสุทธิ (Net Premium Sub-Total)						(บาท : Baht)		
อากรแสตมป์ 0.4% (Stamp Duty 0.4%)						(บาท : Baht)		
เบี้ยประกันรวม (Total Premium)						(บาท : Baht)		
Important Note	*การเลือกตัวรักษาในต่างประเทศนอกเหนือจาก ญี่ปุ่น ฮังการี สิงคโปร์ ฮ่องกง ไต้หวัน เกาหลี และสวิสเซอร์แลนด์ 日本も含めたタイ国外で選択的治療をお受けになった場合は当保険の適応如何はケースバイケースです。選択的治療とは海外へ治療目的で渡航される場合を指します。 การเลือกตัวรักษาในประเทศอื่น ๆ นอกเหนือจากนี้ต้องยื่นเอกสารเพื่อขอรับความเห็นชอบเพื่อพิจารณาความคุ้มครอง *Elective Treatment in North America, Japan, Hong Kong, Singapore, EU Countries and Switzerland. This Benefit is permitted only on a case by case basis with no guarantee of acceptance by the Insurer. All other Elective Treatments in other countries require Pre - Approval.							
แบบสอบถาม (Medical Questions) 健康に関する申告告知書								
下記質問のお答えが Yes の場合は各番号の余白箇所または項目 8 番に、病名、治療年月日、病院名、現在の状況をお書きください						ใช่/เคย Yes	ไม่ใช่/ไม่เคย No	
Kindly answer the questions below. For each "Yes" answer please identify provider's name (hospital or clinic) and address, injury or illness condition, date of treatment, current clinical and other relevant information. Please specify in Question 8								
1. 他医療保険をお持ちの場合は Yes にチェック印の上保険カードのコピーを添付ください。 Are you currently covered by any other Health Insurance policy? (If Yes, please enclose a copy of the policy and benefit schedule)						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2. 過去に医療保険、生命保険などを却下されたり、割増し、保障制限されたことがありますか？ Have you ever had any Health or Life Insurance policy declined, postponed, rate adjusted, restricted or cancelled? If yes, please clarify.						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

แบบสอบถาม - ต่อเนื่อง (Medical Questions - Continued)		ใช่/เคย Yes	ไม่ใช่/ไม่เคย No
<p>3. 過去10年間に以下の事項で診断、治療を受けたことがありますか？ <small>In the past 10 years, have you ever had symptoms of, or been made aware of, or diagnosed with, or treated for any of the following:</small></p> <p>Please underline the specific condition.</p> <p>複数病名の項目は、あなたの該当病名を丸印で囲ってください。</p>			
3.1	<ul style="list-style-type: none"> - 頭痛、偏頭痛 (Headaches, Migraines) - 脳血管障害 Cerebrovascular Disease or Disorders) - 神経機能疾患 (Any other Disease or Disorders of Neurological System) - 胸痛、心臓病 Pain / Heart Disease) - 動悸 Palpitations) - 不整脈 Arrhythmias) - 肺、心臓、血液循環障害 (Any Disorders of Lungs, Heart or Blood Circulation System) - 不正脈 (Varicose Veins) - 糖尿病 (Diabetes) - 高血圧症 (Hypertension) - 脂質異常症 (Dyslipidemia) - 甲状腺 ฮอร์โมน หรือต่อมไทรอยด์ (Thyroid Disease) 		
3.2	<ul style="list-style-type: none"> - ระบบทางเดินหายใจ (Respiratory System) - ถุงลมโป่งพอง (Emphysema) - ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) - หอบหืด (Asthma) - หลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้น (Bronchial Hyper responsiveness) - ภูมิแพ้ทางเดินหายใจ (Respiratory Allergy) - 其他の呼吸器疾患 (Any other Breathing Problems, please specify) 		
3.3	<ul style="list-style-type: none"> - โรคจิต (Psychosis) - โรคจิตเวช (Psychiatric Disorders) - เครียด วิตกกังวล นอนไม่หลับ (Stress, Anxiety, Insomnia) - อารมณ์แปรปรวน (Mood Disorder) - ตื่นตระหนก (Panic Disorders) - ซึมเศร้า (Depression) 		
3.4	<ul style="list-style-type: none"> - ชัก หรือลมบ้าหมู (Seizures or Epilepsy) - เป็นลม หมืดสติ (Fainting or Black-out Spells) 		
3.5	<ul style="list-style-type: none"> - ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหารและลำไส้ (Gastrointestinal Problems) - กรดไหลย้อน (GERD - Acid Reflux) - แผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้ เลือดออกในทางเดินอาหารและลำไส้ - ลำไส้แปรปรวน ลำไส้อักเสบ โรคถุงผนังของลำไส้ - ตับอ่อนอักเสบ ตับอักเสบ ไขมันพอกตับ (Pancreatitis, Hepatitis, Fatty Liver) - โรคของถุงน้ำดี นิ่วในถุงน้ำดี ท่อทางเดินน้ำดี - โลหิตจาง (Anemia) - ไส้เลื่อน, ริดสีดวง (Hernias, Hemorrhoid) - แพ้อาหาร (Food Allergy) - ความผิดปกติอื่น ๆ ของกระเพาะอาหาร ตับ หรือลำไส้ 		
3.6	<ul style="list-style-type: none"> - ความผิดปกติของต่อมลูกหมาก หรือ ระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ - ความผิดปกติของไต ท่อไต (Disorders of Kidneys, Ureters) - นิ่วที่ไต (Kidney Stones) - ความผิดปกติของกระเพาะปัสสาวะ (Disorders of Bladder) - ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Immune System Disease) - เอชไอวี เอดส์ กลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (HIV, AIDS, AIDS Related Complex) 		
3.7	<ul style="list-style-type: none"> - ปวดคอ หลัง บ่า หรือ ไหล่ (Neck, Back or Shoulder Pain) - โรคกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อ เอ็น และเนื้อเยื่ออ่อน (Fibromyalgia) - กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืด (Myofascial Pain Syndrome) - หมอนรองกระดูกหลังกักทับเส้นประสาท (Bulging or Herniated Discs) 		
3.8	<ul style="list-style-type: none"> - โรคความผิดปกติ หรือกลุ่มอาการเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ ข้อต่อหรือกระดูก - ภาวะข้ออักเสบ, ข้ออักเสบ, รูมาต (Joint Pain, Arthritis, Rheumatoid) - โรคแพ้ภูมิตัวเอง (Auto-Immune Disorder) - กลุ่มหรืออาการความเสื่อมของร่างกาย (Any Degenerative Disorder) - โรคผิวหนังหรือความผิดปกติของผิวหนัง ภูมิแพ้ผิวหนัง ผื่น ลมพิษ ใฝ่ ตุ่ม (Any Skin Condition, Atopic Dermatitis, Urticaria, Moles, Lumps, Rash) 		
3.9	<ul style="list-style-type: none"> - อาการความผิดปกติเกี่ยวกับตา หู จมูก โพรงไซนัส หรือคอ - ต้อเนื้อ ต้อกระจก ต้อหิน จอประสาทตา ตาบอดหรือสูญเสียการมองเห็น (Pterygium, Cataracts, Glaucoma, Retina Disorders, Blindness or Visual Loss) 		

แบบสอบถาม - ต่อเนื่อง (Medical Questions - Continued)				ใช่/เคย Yes	ไม่ใช่/ไม่เคย No
3.10	<p>過去に癌、腫瘍、嚢腫の経験またはその疑いで検査または治療を受けたことがありますか？ Yes,の場合は点線上に詳細明記ください。</p> <p>Do you have any history of cancer, tumors or cysts, or been investigated or treated for suspected cancers or tumors? If yes, please specify.</p>			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.11	<p>現在、現在治療中か治療を勧められていますか？ Yes,の場合は点線上詳細明記ください。</p> <p>Are you currently having any treatment or medications recommended or has been prescribed by a physician? If yes, please specify.</p>			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	<p>過去10年間に病院か診療所にて治療を受けましたか？ Yes,の場合は下記の表に、年月日、病院名、病名、結果、最終事後経過検査日をご記入ください。</p> <p>Have you ever been admitted to or been treated at a hospital, medical center, clinic or sanitarium in the past 10 years? If yes, please give the name and address of the hospital, the illness or injury, date of treatment and for how long you were hospitalized?</p>			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	治療日 Treatment Date (DD/MM/YYYY)	病院名 (Name of Healthcare Provider)	病名 (Diagnosis)	治療結果 (Result of Treatment)	最新検査日 (Latest Follow-up date)
5. เฉพาะสตรีเท่านั้น (FOR WOMEN ONLY) :	女性の方のみ, 5.1 5.2 5.3			ใช่/เคย Yes	ไม่ใช่/ไม่เคย No
5.1	<p>現在妊娠中ですか？ Yes,の場合は何週目が点線上に明記ください</p> <p>Are you pregnant? If yes, please specify number of weeks of the pregnancy</p> <p>..... สัปดาห์ / Weeks</p>			女性のみ	<input type="radio"/>
5.2	<p>過去10年間に次の項目異常や障害または治療されましたか？ 乳房、子宮、卵巣、卵管、子宮頸、月経、生殖系、中絶、早産、不妊治療</p> <p>In the past 10 years, have you had any diseases or disorders of the breast, uterus, ovaries, fallopian tubes, cervix, menstruation, reproductive system, abortion, miscarriage or have been diagnosed and treated for infertility or not? If yes, please specify.</p>			女性のみ	<input type="radio"/>
5.3	<p>ご出産の経験有りの場合、帝王切開でしたか？ 西暦何年でしたか？</p> <p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No ปี: year</p>			女性のみ	<input type="radio"/>
6	<p>過去に特別な症状で健康診断を勧められたことがありますか？</p> <p>Have you ever been advised to have any medical test, medical check-up or procedure? If yes, Yes の場合は下記点線上に事情記入ください。</p>			男性-女性	<input type="radio"/>
6.1	<p>現在、喫煙されていますか？ Yes, の場合は一日の本数をご記入ください。</p> <p>Do you currently smoke a pipe, cigars or cigarettes? How many sticks do you smoke per day? Sticks</p>			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.2	<p>現在、飲酒されますか？ Yes,の場合は一週間の数量をご記入ください。</p> <p>Do you drink alcohol? If yes, please specify (average units per week consumed)</p>			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	<p>過去にMRI, CT、内視鏡検査など特殊な検査をされましたか？ その際、切除などありましたか？ Yes,の場合は内容、日付け、結果をご申告ください。</p> <p>Have you ever had any special medical examination (such as MRI, CT Scan) any surgical, or procedures e.g. endoscopy? If yes, for what? When? And the results?</p>			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	<p>上記の質問項目にYesの場合は、詳細ご申告を下記にご記入ください、必要な場合は別紙に追加お書き戴き添付してください。</p> <p>When you answered "Yes" to any question in this form, please give details in the space below or put on additional paper.</p>				

ถ้อยแถลงข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ และสมบูรณ์ตามที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ และข้าพเจ้าเข้าใจว่าบริษัทฯ เชื่อตามถ้อยแถลงนี้ ข้าพเจ้าเข้าใจว่าค่าเบี้ยประกันภัยที่บริษัทฯ ได้เสนอมาโดยอ้างอิงข้อมูลในใบคำขอเอาประกันภัยข้างต้นนี้ โดยยึดถือว่าข้าพเจ้าและครอบครัวของข้าพเจ้าพำนักอยู่ในประเทศไทยและข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าค่าเบี้ยประกันภัยที่เสนอมาในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ และ/หรือในเอกสารอื่นใด (ถ้ามี) อาจมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่กับข้อมูลสุขภาพ และ/หรือบันทึกประวัติการรักษาของข้าพเจ้า

นอกจากนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัทฯ แพซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนที่ได้รับมอบอำนาจจากบริษัทฯ ร้องขอ หรือทราบข้อมูลหรือถ่ายสำเนาจากบันทึกประวัติการรักษาพยาบาล การตรวจสุขภาพ และ/หรือข้อมูลสุขภาพของข้าพเจ้าได้จากแพทย์โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องราวเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้าจนแล้วเสร็จ สำเนาภาพถ่ายของเอกสารนี้ให้มีผลเช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อมูลของข้าพเจ้า และข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ หรือต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย หรือเพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์

All the above statements are true and have been completed to the best of my knowledge and belief, and I understand that The Company, believing them to be such, will rely upon them. I further understand that the premium quoted above or elsewhere, unless otherwise advised by Pacific Cross Health Insurance PCL are quoted in respect of me and my family being residents of Thailand. I do understand that the quoted premium in this document and/or other documents (if any) may be loaded in regard to my health information and/or health record.

I do hereby give my consent to Pacific Cross Health Insurance PCL or its representative to request copies of any kind of information regarding my health records or health condition from any physician, healthcare provider, or any organization until completion. A photocopy of this statement shall be as effective and valid as the original.

I hereby give my consent to Pacific Cross Health Insurance PCL to collect, use and disclose information pertaining to my health and any other information to insurance company or reinsurance companies or the Office of Insurance Commission (OIC) or legal authorities or medical professional personnel for the purpose of Insurance Business Compliance or The Company's underwriting decision or benefit payment decision or medical use.

สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ (Tax Deduction)

保険料を課税所得から控除対象する場合のご記入欄

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

Would you like to claim for Personal Income Tax Deduction with this health insurance premium?

私の保険の内容、保険料などを保険会社がタイ国税庁に報告することを承諾します。

なお、年末調整時にお客様が必要とされる控除申請書のご発行は自動的ではございませんので、お手数ですが改めて証明書ご請求用紙をお送りくださいませ。

Yes, and I permit the insurer to send and reveal the information about this insurance premium to the Revenue Department.

as long as the policy remains in force. If the applicant is a non-Thai resident, please enter the taxpayer ID Number given

by the Revenue Department :

納税者番号ご記入ください。

お支払い済み保険料が控除対象になるのはご本人の保険のみで、家族のための保険料は控除対象外です。

不要です。 / No

ผู้ขอเอาประกันภัย

Applicant's Signature

お申込者サイン (20才以上の場合のみ)

お子様はサイン不要です。

このお申込書がお子様の保険の場合は上の点線上は親のサインのみ、お願いします。(親のパスポート同一筆跡)

日付け

Date/Month/Year

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

WARNING BY OFFICE OF INSURANCE COMMISSION (OIC)

The applicant must truthfully answer all questions. Any concealment or misrepresentation of the truth may result in the insurance contract becoming void under Clause 865 of the Civil and Commercial Code resulting in the cancellation of the policy.

- ประกันภัยตรง Direct
- ตัวแทนประกันวินาศภัย Agent
- นายหน้าประกันวินาศภัย Broker

ใบอนุญาตเลขที่

License No.

Broker/Agent Code