

Application Form for
Individual Health and Accident Insurance

New Normal Lifestyle Series

申込書:各人毎記入

これはご記入方法ご説明のためだけの和訳版ですのでご記入しないでください。実際のご記入はブランク版に直接英字でタイプしてください。

お願い

本申込書にご記入されるにあたり、よくあるご質問(FAQ)で：

— **過去の既往症をどこまで書くのか？** —

ネット上では間違い情報が氾濫していますが重要なポイントは：

1. 保険会社の査定審査に[完治]という単語はない。
2. 保険の査定基準は保険約款、民法、判例法である。

反面、場合によっては、正直者は損、や とんだやぶ蛇の結果
にもなりかねません。

正律格な保険プロのアドバイスはTYO-NYC-BKKで保険40年の秋山まで
是非ご相談くださいませ。

電話：081-827-0522(年中無休)

家族なしで単独申込の場合は下記"Insured"のみにチェック

Section A : Details of the applicant

家族で加入の場合は各人毎の全頁申込書が必要です。

Type of Insured 本申込み書該当者区別

☐ Spouse 配偶者も別途申込の場合

☐ Child 子供も別途申込の場合

☐ Spouse 配偶者の連れ子も別途申込の場合

☐ Insured 家族なしで単独加入の場合、左にチェック印

Title : ☐ Mr. ☐ Mrs. ☐ Miss ☐ Other: _____ Given name : _____ Family name : _____

Sex : ☐ Male ☐ Female Date of birth : _____ Nationality : _____ ID./ Passport No. : _____

Phone number : _____ Email address : _____

Height : _____ Weight : _____ Occupation : _____ Marital status : _____
(in cm) (in kg) (if retired, please state your last occupation)

Current residential address : _____

Section B : Beneficiary's Details 死亡保険金受取人氏名(家族のみ)。該当者無しの場合はご自身を指定:続柄はMyself

Title : ☐ Mr. ☐ Mrs. ☐ Miss ☐ Other: _____ Given name : _____ Family name : _____

Sex : ☐ Male ☐ Female Date of birth : _____ Nationality : _____ ID./ Passport No. : _____

Phone number : _____ Email address : _____ Relationship to the applicant : _____

Section C : Insurance Plan Selection 希望保障プラン

Chosen Plan	☐ Standard ☐ Standard Plus	☐ Standard Extra	☐ Premier ☐ Premier Plus	☐ Maxima ☐ Maxima Plus	☐ Ultima ☐ Ultima Plus
-------------	---	--------------------------------------	---	---	---

Discount Option : 割引選択

☐ Removal of dependent benefits (-20%)

☐ Family Discount (-5%)

親と子供の場合チェック

Deductible Per Policy Year: 自己負担免責金額希望

☐ THB 20,000 (-15%) ☐ THB 40,000 (-25%) ☐ THB 100,000 (-32.5%)

☐ THB 200,000 (-40%) ☐ THB 300,000 (-50%)

remark: Deductible Options are not available for Standard and Standard Plus

Additional Benefits : Dental benefit : ☐ Cover ☐ Not Cover

追加特約 Vision benefit : ☐ Cover ☐ Not Cover

☐ Buy More Personal Accident (PA) _____ Baht
(Additional Premium THB 145/ THB 100,000)

remark: Dental and Vision benefits are not available for all types of Standard plans

希望保険開始日(dd/mm/yyyy)

書類完璧提出日の翌日

Section D : Health (Part 1) 告知欄(パート1)

下記の質問 1 から8でYesの場合は、Part2に該当番号記載のうえ詳細を申告(英文)してください。

1	現在、弊社か他の保険会社の医療保険にご加入されていますか？ Yesの場合は保険会社名と内容説明書添付してください。	☐ Yes ☐ No
2	過去に保険会社から加入却下されたり保険料割増しなどの経験がありますか？	☐ Yes ☐ No
3	過去に下記3.1から3.16までの疾患の症状、または検査、診断、治療を受けたことがありますか？ Yesの場合は身体部分、器官名、検査結果、治療内容、最終直近検査結果日、と結果詳細。	☐ Yes ☐ No
3.1	心理的、精神的不安定、睡眠障害、薬物依存、向精神薬物中毒、精神病、鬱、不安症、ストレス、強迫性障害、気分障害、パニック症、恐怖症、不眠症、睡眠時無呼吸症、自傷行為アイデア、自殺未遂、	☐ Yes ☐ No
3.2	心臓または血液循環系異常または疾患、高血圧、低血圧、胸痛、動悸、心臓異常、不整脈、虚血、血栓症、静脈瘤、塞栓症、血管異常、など。	☐ Yes ☐ No
3.3	細胞異常、前癌、癌、良性ポリープ、シコリ、肉腫、腫瘍、悪性リンパ腫、など。	☐ Yes ☐ No
3.4	脳、神経または脳血管系の疾患または異常、失神、めまい、気絶、頭痛偏頭痛、一過性脳虚血発作、発作、てんかん、脳卒中、多発性硬化症、髄膜炎、神経炎、パーキンソン病、動脈瘤、など。	☐ Yes ☐ No

Section D : Health (Part 1)

3.5	視力耳鼻咽喉系異常、疾患、緑内障、白内障、ビンゲキュラ、翼状片、角質異常、網膜異常、硝子体異常、視力喪失、聴力喪失、難聴、扁桃腺炎、副鼻炎、など。	☐ Yes ☐ No				
3.6	糖尿病、代謝内分泌系異常、ホルモン系、リンパ節、血管系疾患、高血糖値、糖尿病タイプ1、タイプ2、インスリン依存症、空腹時血糖値異常症、甲状腺異常、脂質異常症、脳下垂体または副腎疾患、貧血症、デング熱、など。	☐ Yes ☐ No				
3.7	呼吸器官系異常または疾患、肺異常か疾患、喀血、呼吸器アレルギー、咽頭炎、気管支炎、気管支過敏症、喘息、結核、結核、慢性閉塞性肺疾患、気胸、Covid-19感染	☐ Yes ☐ No				
3.8	泌尿器系異常か疾患、腎臓、尿管、前立腺、性器の異常、疾患、感染、結石、良性前立腺肥大症。	☐ Yes ☐ No				
3.9	消化器系胃腸管の異常、疾患、食アレルギー、胃炎、胃食道反射、肝炎、肝硬変、胆石、膵炎、胆管異常、黄疸、過敏性腸症候群、憩室疾患、腸閉塞、胃潰瘍、大腸炎、持続性下痢症、クローン症、潰瘍性大腸炎、慢性腹痛、ヘルニア、痔、肛門周辺疾患、異常、など。	☐ Yes ☐ No				
3.10	軟骨疾患、腱、靱帯異常、疾患、筋骨格、頸、肩、背骨、異常、疾患、関節障害疾患、坐骨神経痛、神経病、関節リウマチ、繊維筋痛症、筋膜炎、椎間板ヘルニア。など。	☐ Yes ☐ No				
3.11	自己免疫疾患、エイズ、HIV、エリテマトデス、免疫不全症。など。	☐ Yes ☐ No				
3.12	皮膚病、発疹、皮膚タグ、蕁麻疹、ニキビ、皮膚病、強皮症、乾癬、蜂窩織炎、ほくろ、角化症、嚢胞、脂肪腫、など。	☐ Yes ☐ No				
3.13	先天性異常に起因する異常、疾患。未熟器官形成、遺伝病	☐ Yes ☐ No				
3.14	あなたは現在、まだ医師に相談、診断されていない異常な身体状態がありますか？	☐ Yes ☐ No				
3.15	あなたは現在、医師の勧めで薬を服用、治療中ですか？	☐ Yes ☐ No				
3.16	あなたは上記の申告記載事実以外に医師から、CT Scan,MRI,乳がん検査、などの検査を勧められたり実際検査を受けたことがありますか？	☐ Yes ☐ No				
4	あなたは過去に医療機関において、外来通院、または入院して治療を受けたことがありますか？ Yesの場合は下の欄にご記入ください。IPDとは入院治療のこと。OPDとは外来通院治療の意味です。	☐ Yes ☐ No				
治療日 Treatment Date (DD/MM/YYYY)	IPDまたはOPD IPD/OPD Please Specify	入院日数 Stay for hospitalization	病院名、県 Medical Provider Names	診断名 Diagnosis	治療内容 Treatment	Latest Follow-up date
5	現在、喫煙される場合はタバコ一日の本数。これまで何年間喫煙していますか？ If Yes, please specify _____ sticks per day, and the number of years _____ you have been smoking.	☐ Yes ☐ No				
6	飲酒される場合は、種類と一週間当たりの飲料 If yes, please specify the alcohol type _____ Average units per week consumed: _____	☐ Yes ☐ No				
7	上記の申告3から4以外に、これまで被った傷病がある場合は右にYesとして下欄に御説明ください。 If Yes, please specify _____	☐ Yes ☐ No				
8	For FEMALES ONLY 女性のみ：ご記入必須です。					
8.1	女性のみ：現在妊娠中ですか？妊娠何週目ですか？ Pregnancy: _____ Weeks.	☐ Yes ☐ No				
8.2	女性のみ：帝王切開の歴史は？Yesの場合、西暦記載 Cesarean delivery: _____	☐ Yes ☐ No				
8.3	女性のみ：過去に次の異常、疾患などありましたか？子宮、卵巣、卵管、頸部、月経、生殖 器系、妊娠異常、出産異常、流産、中絶、不妊治療	☐ Yes ☐ No				

Section D : Health (Part 2)

上記の申告でYesの項目の詳細を下記に記述をお願いします。

If your answer is "YES" to above questions in Part 1, please state the details: Section D | Health (Part 1)

Question No.	Details

Would you like to pay the insurance premium tax? If you select Yes, please enter the taxpayer ID number given by the Revenue Department: _____

- ☐ Yes, and I permit the insurer to send and reveal the information about this insurance premium to the Revenue Department.
If the applicant is a non-Thai resident, please enter the taxpayer ID number given by the Revenue Department: _____
- ☐ No

医療保険料は納税者本人のみ最高25,000 Bht控除対象です。配偶者や子供の保険料は控除対象以外です。

Remark

The Applicant hereby requests the Company to provide the insurance policy together with the terms and conditions according to their policy and the Application declares that the above statements are complete and true. The Applicant agrees to have this application form as part of the contract between the Applicant and the Company. Should there be any false statement, or any truth being concealed, the Applicant agrees to let the Company void and/or refuse to pay compensation according to this insurance policy under Section 865 of the CCC.

The Applicant, besides this, assigns the Company to request any kind of information regarding their personal health treatment or health condition records from any physician, hospital, clinic, or any other organization which has of their health information or records including the testing results of HIV for the payment of benefits and/or compensation.

The Company has the right to medically examine any Applicant who is claiming a benefit under this policy and has the right to conduct an autopsy, within the limits of the laws, in case of death, and the expense incurred will be paid by the Company.

If the Applicant does not allow the Company to investigate his/her claim or does not give permission to access his/her medical records or diagnosis, the Company reserves the right not to pay such claims.

The Applicant allows the Company to collect, use and reveal the truth about the Applicant's medical records and other information to the Office of the Insurance Commission.

弊社からの保険証券お届けは？

Would you like to receive the insurance which channel?

- ☐ Your e-policy will be emailed to you e-Mailにて e-証券を希望
- ☐ Your policy will send to you by your address 住所あてにEMS郵送希望

被保険者や親のサインはパスポート同一筆跡である必要はありません。タイプで結構です。

お申込み人のサイン:タイプで結構で可

未成年者の場合、親のサイン:タイプで可

日付け(日日/月月/西暦西暦)

Applicant's Name and Signature

Guardian's Name and Signature
(Applicant on behalf of a Minor)

Date/Month/Year

I hereby acknowledge that the signature provided above is my own and that I am voluntarily signing this application.

I hereby acknowledge that the signature provided above is my own and that I am voluntarily signing this application."

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 and/or refusal to compensate under Clause 865 of the Civil and Commercial Code resulting in the cancellation of the policy.