

# HEALTH INSURANCE PLAN



ໃບສັນຄຣເປັນສາມາຊີກຂອງຜູ້ອາປະກັນກັຍກຸ່ມ

(Application For Group Life Insurance)

ເລກທີໃບສັນຄຣ.....

(Application No.)



ທຸນປະກັນ.....

FCL.....

ເຊົາໃໝ່  ເຮັດ ກະ.  ຮະຫວ່າງປີ

- ກຣມທຣມ໌ກຸ່ມເລກທີ (Policy No.).....-L.....-H
- ໄປຮັບຮອງເລກທີ (Certificate No.).....

1. ຂໍ້ຜູ້ທຽງກຣມທຣມ໌ (Policyholder).....

2. ຂໍ້ສາມາຊີກ (Insured Person) (...) ນາຍ (Mr.) (...) ນາງ (Mrs.) (...) ນາງສາວ (Miss).....  
ອາຍຸ (Age).....ປີ (Years) ວັນ ເດືອນ ປີເກີດ (Date of Birth).....ທີ່ອີ່ມ (Address).....  
.....ອາຊີພ (Occupation).....ຕໍ່າແນ່ງ (Position).....

3. ບັດປະຈຳຕົວ (I.D. card) (...) ປະເທດ (Nation I.D. card) (...) ຫ້າຮັກກາຣ (Government I.D. card) (...) ອິນ ໆ (Other Card).....ເລກທີ (Card No).....

4. ຂໍ້ຜູ້ຮັບປະໂຫຍດ (Name of Beneficiary)      ຄວາມສັນພັນທີ (Relation)      ສ່ວນແນ່ງ % (Share)

.....  
.....  
.....

5. ໃຫ້ຜູ້ສັນຄຣສາມາຊີກຂອງຜູ້ອາປະກັນກັຍກຸ່ມກຣອກຂໍອວນມີຕ່ອງໄປນີ້ (Please give details as follows)

ກ. ສ່ວນສູງ (Height) .....ຈ.ມ. (c.m) ນ້ຳໜັກ (Weight) .....ກ.ກ.(k.g.)

ຂ. ໃນຮະຍະ 5 ປີ ທີ່ຜ່ານມານີ້ ທ່ານເຄຍໄດ້ຮັບນາຄເຈັນ ອົງຮູ່ເຈັນປ່າຍ ອົງຮູ່ເຄບຮັກກາຕົວໃນສຄານພບານາລຫຼືໄໝ່

(Over the past 5 years have you ever been injured, sickness, and taking advice from doctor?)

( ) ເຄຍ (Yes)      ( ) ໄນເຄຍ (No)

ຄ. ໃບຄໍາຂອງເອາປະກັນຫົວໜ້າ ອົງຮູ່ໃນຄໍາຂອຕ່ອາຍ ກຣມທຣມ໌ປະກັນຫົວໜ້າໄດ້ ຈະ ພອກທ່ານເຄຍຄູກນົມຮັບກັບປະກັນກັບ ປົງປົງເສດ ອົງຮູ່  
ເລື່ອນການພິຈາລາ ອົງຮູ່ຕ້ອງເພີ່ມເປົ້າປະກັນກັບ ອົງຮູ່ເປົ້າປະກັນກັບ ອົງຮູ່ເປົ້າປະກັນກັບ ອົງຮູ່ໄໝ່

(Have you ever been refused, deferred for acceptance, Insurance premium increased of face any changes in policy  
conditions from this company or from any other company or not?)

( ) ເຄຍ (Yes)      ( ) ໄນເຄຍ (No)

๔. ท่านเคยเป็นโรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน โรคตับ โรคไต วัณโรค โรคพิษสุราร้ายรัง หรือติดยาเสพติดให้โทษบ้าง หรือไม่ (Have you ever been heart disease, Cancer, Blood pressure, Diabetes, Liver disease, Kidney disease, Tuberculosis, and having other habit-forming drugs or not?)

() เคย (Yes)

() ไม่เคย (No)

\*\*\*ถ้าตอบข้อ ข. ถึง ง “เคย” โปรดให้รายละเอียดข้างท้ายนี้ พร้อมระบุชื่อแพทย์ และสถานพยาบาลที่รักษา

\*\*\*In case the answers from B to D is “Yes”, Please give details including name and all doctors that have given treatment

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นทั้งหมดสมบูรณ์ และเป็นความจริง และถือให้เป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันชีวิต กลุ่ม นอกจากนี้ ข้าพเจ้ายอมให้แพทย์สถานพยาบาล ซึ่งมีบันทึกประวัติ หรือทราบเรื่องราวเกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้า เปิดเผยให้ บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ทราบทั้งหมดเกี่ยวกับโรค และการรักษาพยาบาล โดยไม่มีข้อแม้ใด ๆ ทั้งสิ้น และให้ถือสำเนาภาพถ่ายของหนังสือฉบับนี้มีผลบังคับใช้ได้ และสมบูรณ์เท่าเดิมฉบับ (I would certify the above sentence is absolutely perfect and trustfulness. Please take the above information as part of Group Life Insurance Contract. Besides I accept and consent to doctor in the contracted hospital who has our personal health record has right to declare all information about personal diseases and treatments without any conditions. Do take this copy contract as perfectly as original copy.)

ที่ที่ (Written at) .....

ลงชื่อ(Signed) ..... ผู้สมัครเป็นสมาชิกของผู้เอาประกันภัยกลุ่ม  
( ..... ) (The Applicant of Group Life Insurance)

วัน เดือน ปี (D/M/Y)...../...../.....

สำหรับ บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (For DHIPAYA LIFE ASSURANCE PUBLIC CO., LTD.)

ผลการตรวจสอบ และพิจารณา (Result of checking and consideration)