

# M-I PLAN



ทิพยประกันชีวิต  
DHIPAYA LIFE ASSURANCE

เลขที่ใบสมัคร.....

(Application No.)



ใบสมัครเป็นสมาชิกของผู้เอาประกันภัยกลุ่ม

(Application For Group Life Insurance)

ทุนประกัน.....

FCL.....

เข้าใหม่  เริ่ม กธ.  ระหว่างปี

- กรมธรรม์กลุ่มเลขที่ (Policy No.).....-L.....-H
- ใบรับรองเลขที่ (Certificate No.).....

1. ชื่อผู้ทรงกรมธรรม์ (Policyholder).....
2. ชื่อสมาชิก (Insured Person) (...) นาย (Mr.) (...) นาง (Mrs.) (...) นางสาว (Miss).....  
อายุ (Age).....ปี (Years) วัน เดือน ปีเกิด (Date of Birth).....ที่อยู่ (Address).....  
อาชีพ (Occupation).....ตำแหน่ง(Position).....
3. บัตรประจำตัว (I.D. card) (...) ประชาชน (Nation I.D. card) (...) ข้าราชการ (Government I.D. card) (...) อื่น ๆ (Other Card).....เลขที่ (Card No.).....
4. ชื่อผู้รับประโยชน์ (Name of Beneficiary)                      ความสัมพันธ์ (Relation)                      ส่วนแบ่ง % (Share)  
.....  
.....  
.....
5. ให้ผู้สมัครสมาชิกของผู้เอาประกันภัยกลุ่มกรอกข้อความต่อไปนี้ (Please give details as follows)
  - ก. ส่วนสูง (Height) .....ซ.ม. (c.m.) น้ำหนัก (Weight).....ก.ก.(k.g.)
  - ข. ในระยะ 5 ปี ที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วย หรือเคยรักษาตัวในสถานพยาบาลหรือไม่  
(Over the past 5 years have you ever been injured, sickness, and taking advice from doctor?)  
( ) เคย (Yes)                      ( ) ไม่เคย (No)
  - ค. ใบคำขอเอาประกันชีวิต หรือใบคำขอต่ออายุ กรมธรรม์ประกันชีวิตใด ๆ ของท่านเคยถูกบริษัทประกันภัย ปฏิเสธ หรือเลื่อนการพิจารณา หรือต้องเพิ่มเบี้ยประกันภัย หรือเปลี่ยนแปลงแบบการประกันภัยหรือไม่  
(Have you ever been refused, deferred for acceptance, Insurance premium increased of face any changes in policy conditions from this company of from any other company or not?)  
( ) เคย (Yes)                      ( ) ไม่เคย (No)

ง. ท่านเคยเป็นโรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน โรคตับ โรคไต วัณโรค โรคพิษสุราเรื้อรัง 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 และถือให้เป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันชีวิตกลุ่ม นอกจากนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์สถานพยาบาล ซึ่งมีบันทึกประวัติ หรือทราบเรื่องราวเกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้าเปิดเผยให้ บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ทราบทั้งหมดเกี่ยวกับโรค และการรักษาพยาบาลโดยไม่มีข้อแม้ใด ๆ ทั้งสิ้น และให้ถือสำเนาภาพถ่ายของหนังสือฉบับนี้มีผลบังคับใช้ได้ และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ (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.)

ทำที่ (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)

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