

一般保険申込書

ใบคำขอเอาประกันภัยทั่วไป  
特別プラン「TIP Cancer Plus」癌保険契約のための申込書  
สำหรับกรมธรรม์ประกันภัยประกันภัยโรคมะเร็ง ทิพยแบบพิเศษ

แผน TIP Cancer Plus

1. รายละเอียดผู้ขอประกันภัย **保険申込者**

ชื่อ-นามสกุล **氏名** .....

วัน/เดือน/ปีเกิด **生年月日** ..... อายุ **年齢** ..... ปี น้ำหนัก/ส่วนสูง **体重 身長** ซม. เชื้อชาติ / สัญชาติ **国籍** .....

**身分証明書**  **パスポート番号** (証明のためコピーを添付してください)  
(กรุณาแนบสำเนาเพื่อเป็นหลักฐาน)

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ **現住所** .....

โทรศัพท์ที่บ้าน **自宅電話番号** ..... โทรศัพท์มือถือ **携帯番号** ..... อีเมล **E-メール** .....

อาชีพ **職業** ..... ตำแหน่ง **役職** ..... ลักษณะงานที่ทำ **業務内容** .....

สถานที่ทำงาน **勤務先** ..... โทรศัพท์ **勤務の電話番号** .....

ผู้รับประโยชน์ **死亡金受取人氏名** ..... ความสัมพันธ์ **続柄** .....

---

4. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย: เริ่มแต่วันที่ **開始日** เวลา น. สิ้นสุดวันที่ **終了日** เวลา 16.30 น.

5. แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง:  แผน ..... **5** .....

**ประวัติสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย** **保険申込者の健康状態に関する質問**

家族の病歴あなたの父・母・兄弟姉妹の中で、以下の癌を患ったことがある方はいますか?

1) พ่อ แม่ พี่หรือน้องของผู้ขอเอาประกันภัย เคยเป็นหรือเสียชีวิตเนื่องจาก โรคมะเร็งดังกล่าวไปนี้หรือไม่? โปรดระบุบุคคลที่เคยเป็นและโรคมะเร็งที่เป็น

ไม่มี / ไม่เคย **無し**  
 มี / เคย **あり** (該当する場合、関係者の続柄と癌の種類を記入してください) และมะเร็งที่เป็น **癌の種類:**

มะเร็งเต้านม  มะเร็งมดลูกหรือมะเร็งปากมดลูก  มะเร็งรังไข่  
 มะเร็งลำไส้  มะเร็งต่อมไทรอยด์  มะเร็งเม็ดเลือดขาว  มะเร็งอื่นๆ ระบุ..... **その他(具体的に記入)**

2.) ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ผู้ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการผ่าตัดหรือเคยได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้ผ่าตัดแต่ยังไม่ได้กระทำ หรือมีการตรวจร่างกายด้วยวิธีการตรวจเลือด เอกซเรย์ การตรวจชิ้นเนื้อหรือวิธีการตรวจพิเศษที่ไม่ใช่การตรวจวินิจฉัยตามปกติ หรือมี **手術を受けたことがある、または医師に手術を勧められたがまだ受けていない。持病名** โรคประจำตัวหรือไม่?  ไม่มี / ไม่เคย **無し**  
 มี / เคย **あり** โปรดระบุสาเหตุหรือชื่อโรค..... **詳細** **持病名** .....

3) **あなたはこれまでに、生命保険、健康保険、重大疾病保険の加入申請、または保険契約の更新を拒否されたことがありますか?**  
ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือ ถูกปฏิเสธการต่ออายุ **また、保険契約の更新を拒否されたり、解約されたり、保険料の増額や契約条件の変更を求められたことはありますか?**  
สัญญาประกันภัย หรือถูกบอกเลิกสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?  ไม่มี **無し**  
 ใช่ **あり** (該当する場合は詳細をご記入ください)

4) **あなたは、Dhipaya保険(上場会社)またはその他の保険会社で、健康保険、重大疾病保険、生命保険**  
ท่านมีประกันภัยสุขภาพ ประกันภัยโรคร้ายแรง ประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุ กับ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทประกันภัยอื่นใดที่ใช่ **または癌を補償する保険に加入していますか?**  
ความคุ้มครองโรคมะเร็งหรือไม่?  
 ไม่มี **無し**  มี **あり** โปรดระบุ **ชื่อบริษัท** ..... **保険社名** ..... **保険金額** ..... **バーツ** ..... บาท

5) ท่านสูบบุหรี่หรือไม่? **喫煙歴** **過去**  **吸わない** **以前喫煙していた(1日\_\_本、喫煙期間\_\_年)**  
**ในอดีต**  **吸わない** **毎日** ..... มวน **週** ..... **週** ..... ปี  
**現在**  **吸わない** **現在も喫煙(1日\_\_本)**  
**ปัจจุบัน**  **吸わない** **週** ..... มวน

6) **過去に以下の疾患を診断または治療されたことがありますか?**  
ผู้ขอเอาประกันภัยเคยป่วย หรือ ได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคต่อไปนี้ หรือ ได้รับเชื้อต่อไปนี้หรือไม่?

เคย / มี **あり: 該当する疾患にチェックを入れてください。**

**B型・C型肝炎(キャリアを含む)** **HIV / エイズ**  
 โรคไวรัสตับอักเสบ ชนิด B, C (ไม่ว่าจะเป็นพาหะหรือเคยเป็น)  โรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV  
 **慢性肺炎(継続治療が必要)**  **慢性大腸炎(継続治療が必要)**  
 ปอดอักเสบเรื้อรัง (ยังต้องรักษาต่อเนื่อง)  **慢性子宮頸部炎・膣炎(継続治療が必要)**  
 **肝硬変・肝炎**  **ปากมดลูก หรือช่องคลอดอักเสบเรื้อรัง (ยังต้องรักษาต่อเนื่อง)**  
 ตับแข็ง, ตับอักเสบ

**子宮頸部細胞に異常または変化がある(子宮頸部異形成)**

มีความผิดปกติ หรือมีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ปากมดลูก (Cervix Dysplasia)

โรคมะเร็ง 癌

**腫瘍、しこり、できもの、嚢胞 (種類を記入してください) 罹患部位:**

เนื้องอก ก้อนเนื้อ ค่อมเนื้อ ชีสต์ (โปรดระบุประเภท: ..... อวัยวะที่เป็น: .....)

現在も症状があり、手術を受けていない

ปัจจุบันยังเป็นผู้ป่วยและยังไม่ได้ผ่าตัด

過去2年以内に手術を受けた

ผ่าตัดออกแล้วแต่ไม่เกิน 2 ปี ก่อนขอเอาประกันภัย

2年以上前に手術を受けた

手術年月: ..... 病院名: .....

ได้ทำการผ่าตัดออกแล้วเกินกว่า 2 ปีก่อนขอเอาประกันภัย เมื่อเดือน/ปี.....

組織検査の結果: 正常 異常

ผลตรวจเนื้อเยื่อ  ปกติ  ไม่ปกติ

腫瘍、しこり、できもの、嚢胞について医師の経過観察を受けている (頻度: 3ヵ月ごと 6ヵ月ごと 1年ごと 1年以上)

แพทย์นัดติดตามผลเรื่องเนื้องอก ก้อนเนื้อ ค่อมเนื้อ ชีสต์ ทุก ๆ  3 เดือน  6 เดือน  1 ปี  มากกว่า 1 ปี

上記の病歴・症状はない

ไม่เคย / ไม่มี โรคดังกล่าวข้างต้น

私は、Dhipaya保険契約の条件に基づき癌保険加入を申し込みます。  
また、上記の記載内容が正確かつ完全であることを保証します。  
万一、虚偽の申告や事実の隠蔽が判明した場合、貴社が本契約を解除する権利を有することに同意します。  
さらに、私は 株式会社 (Dhipaya保険株式会社) に対し、私の診療記録や健康状態に関する情報を医師・病院・関連機関から取得する権限を付与します。  
これには、HIV ウイルス検査の結果も含まれます。  
本委任状の写しは、原本と同等の効力を持つものとします。  
本書類は保険契約ではありません。貴社による承認があった場合にのみ、補償が有効となります。  
私は、貴社が私の健康情報および個人情報 を 保険事業の監督機関 に提供・開示することを許可します。

**所得税控除の適用希望について私は、税法に基づく所得税控除の適用を希望しますか?**

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

希望する (保険会社が保険料に関する情報を税務局へ提供することに同意します)

มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัย ต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่ 外国籍 (Non-Thai Residence) の場合、タイ税務局発行の納税者番号を記入してください: .....

กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่เสียภาษีเงินได้ตาม タイ税務局発行の納税者番号を記入してください

กฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ .....

希望しない

ไม่มีความประสงค์

ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย ..... **パスポート同じサイン** ..... **保険申込者署名**  
( ..... **ローマ字** ..... ) ..... วันที่ขอเอาประกันภัย  
..... 日 ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ประกันภัยโดยตรง  ตัวแทน  นายหน้าประกันวินาศภัย  โบรคเกอร์

Direct Agent Broker License No.

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย**

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกกล่าวสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่าย ค่าสินไหมทดแทนได้