

กรอกข้อความให้ครบถ้วนทุกคำถาม  
คำที่วางทับมีขีดฆ่า ขาดบ่ง ต้องเขียนชื่อที่ตรงกับทุกแห่ง  
Fill in all information required.  
Please countersign any correction or deletion.

บริษัท โตเกียวมารีนประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)  
Tokio Marine Life Insurance (Thailand) Public Company Limited

1 อาคารเอ็มไพร์ทาวเวอร์ ชั้น 26 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร 10120 โทรศัพท์ (662) 619-4000 โทรสาร (662) 619-4080 ทะเบียนเลขที่ 0107540000103  
1 Empire Tower Building, 26<sup>th</sup> Floor, South Sathorn Road, Yannawa, Sathorn, Bangkok 10120 Tel. (662) 619-4000 Fax. (662) 619-4080 , Registration Number 0107540000103

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การแถลงข้อความอันเป็นเท็จ หรือไม่เปิดเผยข้อความจริง อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทปฏิเสธไม่จ่ายค่าทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865  
Warning by Office of Insurance Commission: The applicant must truthfully answer all questions. Any undisclosed information or misrepresentation of the truth must result in the insurance company refusing to honor claims, as per clause 865 of the Civil and Commercial Code.

**ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มสำหรับผู้ขอเอาประกันภัยชาวต่างชาติ(กรณีไม่ต้องแถลงสุขภาพ)**

**Group Life Insurance Non-Medical Application Form for Non-Native Thai Applicant**

- ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ (บริษัท/องค์กร)/Name of the Policyholder (Company/Organization).....
- ชื่อ - สกุลผู้ขอเอาประกันภัย (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง/อื่นๆ ระบุ.....)/First and last name of the applicant (Mr./Mrs./Miss/Boy/Girl/Others, specify.....).
  - เพศ/Sex  ชาย/Male  หญิง/Female วัน/เดือน/ปีเกิด/Date of Birth.....อายุ/Age.....ปี/Years ส่วนสูง/Height .....ซ.ม./c.m. น้ำหนัก/Weight .....ก.ก./k.g.
  - สถานภาพสมรส/Marital Status  โสด/Single  สมรส/Married  หย่า/Divorced  หม้าย/Widow/Widower
  - หลักฐานพิสูจน์อายุที่ใช้แสดง/Age Identification  
 บัตรประจำตัวประชาชน/Thai National ID  บัตรข้าราชการ/Government Office ID  อื่นๆ โปรดระบุ/Others, specify..... เลขที่บัตร/Identification Number.....วันที่ออกบัตร/Issued Date.....วันที่บัตรหมดอายุ/Expiration Date.....สถานที่ออกบัตร/Issued Authority..... (กรณีใช้บัตรข้าราชการ หรือบัตรอื่นๆ โปรดระบุเลขหมายประจำตัวประชาชนเพิ่มเติม) เลขหมายประจำตัวประชาชน..... (In case of using Government Office ID or others, please specify identification number) Identification Number.....
  - สัญชาติ/Nationality.....
- (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยมิได้เป็นพนักงานหรือเจ้าหน้าที่ของผู้ถือกรมธรรม์ โปรดกรอกรายละเอียดในข้อ 3 และระบุชื่อพนักงานหรือเจ้าหน้าที่ของผู้ถือกรมธรรม์ซึ่งเกี่ยวข้องด้วย/ If the applicant is not employed by the Policyholder, check the following items as appropriate and state the name of the employee of the Policyholder to whom the applicant is related.)  
ผู้ขอเอาประกันภัยมีความสัมพันธ์เป็น/Relationship to the applicant  คู่สมรส/Spouse  บุตร/Child  อื่นๆ ระบุ/Others, specify as..... ของ/of.....
- ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่/Address for Correspondence..... หมู่ที่/Moo..... ตรอก/ซอย/Alley..... ถนน/Street..... ตำบล/แขวง/Sub-District..... อำเภอ/เมือง/District..... จังหวัด/Province..... รหัสไปรษณีย์/Postal Code..... โทรศัพท์/Tel..... โทรสาร/Fax.....
- วันที่เข้าทำงาน/เป็นสมาชิก/Date of Employment/Membership ..... ตำแหน่งและลักษณะงาน/Position and work description.....
- ชื่อ - สกุลผู้รับประโยชน์ (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง/อื่นๆ ระบุ)/First and Last Name of Beneficiary(ies) (Mr./Mrs./Miss/Boy/Girl/Others, specify)
  - ..... ความสัมพันธ์/Relationship .....
  - ..... ความสัมพันธ์/Relationship .....
  - ..... ความสัมพันธ์/Relationship .....(คำแนะนำ เพื่อให้เกิดความรวดเร็วในการพิจารณารับประกัน กรุณาระบุผู้รับประโยชน์ที่มีความสัมพันธ์เป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หรือญาติที่มีนามสกุลเดียวกัน /Recommendation to expedite insurance policy approval, please specify family member(s) who share(s) the applicant's last name as the beneficiary (ies))

การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม/Declaration, Delegation and Consent

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทฯอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์/ hereby certify that all answers in this application including all statements given to physician are the whole truth and truly understand that unrevealing of all truth may cause underwriting and claim reimbursement denied by company.
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัทฯ หรือผู้แทนของบริษัทฯ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้/ hereby give my consent to any physician, insurer or infirmity who has possessed or will possess in the future of my medical record(s) to reveal the relevant fact(s) presented in such to Company or its representatives for the purpose of underwriting or claim reimbursement consideration.
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ฯ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้/ I hereby give my consent to Company to collect, use and disclose my medical records and information to insurers or reinsurers or authority or any medical personnel for the purpose of underwriting or claim reimbursement consideration or medical benefit.

ข้าพเจ้ายินยอมให้หน่วยงานต้นสังกัดของข้าพเจ้า หักเงินเดือน/ รายได้อื่น ระบุ/  
 I hereby consent the employer to deduct my monthly salary or other source of my  
 income, specify.....เพื่อชำระเบี้ยประกันภัยกลุ่ม(ในกรณีการประกันภัยกลุ่ม  
 แบบออกเงินสมทบ/for group life insurance premium payment (In case that the  
 Policyholder makes a partial contribution for the premium)  
 ลงชื่อ/Signature.....  
 ( )

ลงวันที่/Date.....เดือน/Month.....พ.ศ./B.C.....

ก่อนลงลายมือชื่อ ให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย/To ensure of insurance contract validation, please recheck the correction of all of your answer(s) before affix your signature.

ลงชื่อ/Signature..... ( ) พยาน/ตัวแทน/Witness/Agent	ลงชื่อ/Signature..... ( ) ผู้ขอเอาประกันภัย/Applicant
ลงชื่อ/Signature..... ( ) พยาน/ตัวแทน/Witness/Agent	ลงชื่อ/Signature..... ( ) ผู้ให้ความยินยอมในฐานะบิดา/มารดา/ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย (ในกรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ) Consent as father/mother/legal agent of the applicant (In case that the applicant is a juvenile)

**สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท/For Office Use Only**

การตรวจสอบและพิจารณา Investigation and Consideration	การอนุมัติรับประกัน Approval	บันทึกการแก้ไขเปลี่ยนแปลง Correction
กรมธรรม์ประกันชีวิตกลุ่มเลขที่/Group Insurance Policy Number .....	จำนวนเงินเอาประกันชีวิต/ GTL Benefit.....บาท/BHT	
วันเริ่มมีผลบังคับของผู้เอาประกันภัย/Policy Effective Date .....	จำนวนเงินเอาประกันภัยอุบัติเหตุ/GAD Benefit.....บาท/BHT	
ใบรับรองเลขที่/Certificate No .....	จำนวนเงินเอาประกันภัยทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง/GPTD Benefit.....บาท/BHT	
ออกเมื่อ/Issued On .....	ประกันสุขภาพแผน/GHS Plan.....	