บริษัท เอไอเอ จำกัด
AIA Company Limited
ฝ่ายประกันกลุ่ม

ใบสมัครขอเอาประกันภัยพนักงาน
Employee Enrollment Form

FE00

สำหรับ บริษัท เอไอเอ จำกัด For AIA Use	
กรมธรรม์ประกันกลุ่มเลขที่ Group No.	ใบรับรองเลขที่ Certificate No.

นามนายจ้าง (ชื่อบริษัท หรือ ห้างร้าน) Name of Employer			
ชื่อพนักงาน Name of Employee			
เลขที่บัตรประชาชน ID.Card.			
เพศ Sex ชาย ☐ Male หญิง ☐ Female	โสด ☐ Single สมรส ☐ Married	วัน เดือน ปี เกิด Date of Birth วD ดM ปY	วันที่เริ่มทำงาน Date of employment วD ดM ปY

โปรดแจ้งผู้รับประโยชน์ และระบุความสัมพันธ์

* กรณีที่มีการแก้ไข ขีดฆ่า ขูดลบ โปรดเซ็นชื่อกำกับด้วย

ชื่อผู้รับประโยชน์ Beneficiary	ความสัมพันธ์ Relationship

ในกรณีที่ท่านมีส่วนออกเงินสมทบสำหรับตัวท่านเอง และผู้อยู่ในอุปการะของท่าน โปรดอ่านข้อความข้างล่างนี้ :

ณ ที่นี้ ข้าพเจ้าตกลง และรับใบสมัครขอเอาประกันภัยพนักงาน และจำนวนเงินเอาประกันภัยกลุ่มที่ข้าพเจ้ามีสิทธิภายใต้สัญญาที่ออกโดย บริษัท เอไอเอ จำกัด และข้าพเจ้าอนุญาตให้นายจ้างหักเงินรายได้ของข้าพเจ้า เพื่อชำระเบี้ยประกันภัยส่วนของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าสงวนสิทธิที่จะไม่อนุญาตให้นายจ้างหักเงินรายได้ของข้าพเจ้าเมื่อไรก็ได้ โดยแจ้งให้บริษัททราบล่วงหน้าเป็นลายลักษณ์อักษร อนึ่ง เป็นที่ ตกลงและเข้าใจว่าสิทธิดังกล่าวข้างต้นจะมีผลก็ต่อเมื่อได้แจ้งให้นายจ้างทราบเป็นลายลักษณ์อักษรล่วงหน้า 30 วัน และการคุ้มครองตามกรมธรรม์ ประกันภัยกลุ่มที่ข้าพเจ้ามีส่วนร่วมออกเงินสมทบจะสิ้นสุดลงตั้งแต่วันที่ไม่ได้หักเงินรายได้ของข้าพเจ้า

ถ้าท่านประสงค์ให้มีประกันภัยผู้อยู่ในอุปการะ โปรดกรอกใบสมัครขอเอาประกันภัยผู้อยู่ในอุปการะด้วย

If you are provided with dependent coverage and are enrolling your dependents, please complete a "Dependent Enrollment Form".

วันที่ Date

ลายเซ็นพนักงานผู้สมัคร / ผู้เอาประกันภัย

Signature of Employee

Ver. 20130501