



นามนายจ้าง (ชื่อบริษัท หรือ ห้างร้าน) Name of Employer			
ชื่อพนักงาน Name of Employee			
เลขที่บัตรประชาชน ID Card.			
เพศ Sex ชาย Male <input type="checkbox"/> หญิง Female <input type="checkbox"/>	โสด Single <input type="checkbox"/> สมรส Married <input type="checkbox"/>	วัน เดือน ปี เกิด Date of Birth [][] [][] [][][][] ๖ D ค M ปี Y	วันที่เริ่มทำงาน Date of employment [][][][] [][][][] ๖ D ค M ปี Y

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

โปรดแจ้งผู้รับประโยชน์ และระบุความสัมพันธ์

* กรณีที่มีการแก้ไข ชิดฆ่า ขูดลบ โปรดเซ็นชื่อกำกับด้วย

ชื่อผู้รับประโยชน์ Beneficiary	ความสัมพันธ์ Relationship
-----------------------------------	------------------------------

ในกรณีที่ท่านมีส่วนออกเงินสมทบสำหรับตัวท่านเอง และผู้อยู่ในอุปการะของท่าน โปรดอ่านข้อความข้างล่างนี้ :

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

ถ้าท่านประสงค์ให้มีประกันภัยผู้อยู่ในอุปการะ โปรดกรอกใบสมัครขอเอาประกันภัยผู้อยู่ในอุปการะด้วย

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

Ver. 20130501

วันที่ Date

ลายเซ็นพนักงานผู้สมัคร / ผู้เอาประกันภัย

Signature of Employee