



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

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

โปรดแจ้งผู้รับประโยชน์ และระบุความสัมพันธ์

* กรณีที่มีการแก้ไข ขิดฆ่า บุคคล โปรดเชื่อมชื่อกับด้วย

ชื่อผู้รับประโยชน์
Beneficiary

ความสัมพันธ์
Relationship

ในกรณีที่ท่านมีส่วนร่วมออกเงินสมทบสำหรับตัวท่านเอง และผู้อื่นในอุปกรณ์ของท่าน โปรดอ่านข้อความข้างล่างนี้ :

ณ ที่นี่ ข้าพเจ้าตกลง และรับใบสมัครขอเอาประกันภัยพนักงาน และจำนวนเงินเอาประกันภัยลุ่มที่ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ภายใต้สัญญาที่ออกโดย บริษัท เอไอเอ จำกัด และข้าพเจ้าอนุญาตให้นำรายได้ของข้าพเจ้า เพื่อชำระเบี้ยประกันภัยส่วนของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าส่วนสิทธิ์จะไม่อนุญาตให้ นายจ้างหักเงินรายได้ของข้าพเจ้าเมื่อไรก็ได้ โดยแจ้งให้บริษัททราบล่วงหน้าเป็นลายลักษณ์อักษร อนึ่ง เป็นที่ ตกลงและเข้าใจว่าสิทธิ์ดังกล่าวข้างต้น จะมีผลก็ต่อเมื่อได้แจ้งให้นายจ้างทราบเป็นลายลักษณ์อักษรล่วงหน้า 30 วัน และการคุ้มครองตามกรมธรรม์ ประกันภัยลุ่มที่ข้าพเจ้ามีส่วนร่วมออกเงินสมทบจะสิ้นสุดลงตั้งแต่วันที่ไม่ได้หักเงินรายได้ของข้าพเจ้า

ถ้าท่านประสงค์ให้มีประกันภัยผู้อื่นในอุปกรณ์ โปรดกรอกใบสมัครขอเอาประกันภัยผู้อื่นในอุปกรณ์ด้วย

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

วันที่ Date

ลายเซ็นพนักงานผู้สมัคร / ผู้อาประกันภัย

Signature of Employee