

ตัวอย่างการกรอกใบสมัครขอเอาประกัน

บริษัท เอไอเอ จำกัด AIA Company Limited ฝ่ายประกันกลุ่ม		ใบสมัครขอเอาประกันภัยพนักงาน Employee Enrollment Form		 FE00
นามนายจ้าง (ชื่อบริษัท หรือ ห้างร้าน) มหาวิทยาลัยสวนดุสิต Name of Employer		สำหรับ บริษัท เอไอเอ จำกัด For AIA Use		
ชื่อพนักงาน นายคนดี หอมพุ่ม Name of Employee		กรมธรรม์ประกันกลุ่มเลขที่ Group No. 11933-100	ใบรับรองเลขที่ Certificate No. 00001457	
เลขที่บัตรประชาชน ID.Card. 12 345 0 02 08 00 8		โปรดแจ้งผู้รับประโยชน์ และระบุความสัมพันธ์		
เพศ Sex ชาย Male <input checked="" type="checkbox"/> หญิง Female <input type="checkbox"/>	โสด Single <input type="checkbox"/> สมรส Married <input checked="" type="checkbox"/>	วัน เดือน ปี เกิด Date of Birth 01 04 21 ว D ค M ปี Y	วันที่เริ่มทำงาน Date of employment 09 02 67 ว D ค M ปี Y	
* กรณีที่มีการแก้ไข ชีตมา ชุดลบ โปรดเซ็นชื่อกำกับด้วย				
		ชื่อผู้รับประโยชน์ Beneficiary นางใจดี หอมพุ่ม	ความสัมพันธ์ Relationship ภรรยา	
		นางสาวจารวี หอมพุ่ม	บุตร	

ในกรณีที่ท่านมีส่วนออกเงินสมทบสำหรับตัวท่านเอง และผู้อยู่ในอุปการะของท่าน โปรดอ่านข้อความข้างล่างนี้ :

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

ถ้าท่านประสงค์ให้ประกันภัยผู้ในอุปการะ โปรดกรอกใบสมัครขอเอาประกันภัยผู้ในอุปการะด้วย

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

Ver. 20130501

9 ก.พ.67

วันที่ Date

คนดี หอมพุ่ม

ลายเซ็นพนักงานผู้สมัคร / ผู้เอาประกันภัย

Signature of Employee



Group Privilege Card

บัตรสิทธิพิเศษประกันกลุ่ม

กรมธรรม์เลขที่ 0000119393 - 100	ใบรับรองเลขที่ XXXXXXXXXX
ผู้ถือกรมธรรม์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต	
สมาชิก XXXXXXXXXX	
วันเริ่มมีผลบังคับ 1 Jan 2024	วันหมดอายุ 31 Dec 2024
รหัสประจำตัว XXXXXXXXXX	
ผลประโยชน์ความคุ้มครอง DentalCredIt(WEC) 1,400 / Year**	
IPD(FCS)* 3,800 / Day	Dental = 1,400/Year (การตรวจช่องปาก
ER_Acc (WEC/IVR) 7,500 / Accident	หรือการอุดหินปูน อุดฟัน จำนวน 1,400 บาทต่อปี)
OPDCredIt(WEC/IVR) 1,700 / Call/Day**	
Remark : IPD = 3,800/Day (ค่าห้องและค่าอาหารกินละ 3,800 บาท) ER_Acc = 7,500/Accident (ค่ารักษาผู้ป่วยนอกฉุกเฉิน(อุบัติเหตุ)) OPD = 1,700/Call/Day (ค่าตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 31 ครั้งต่อปี)	