



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

|                                        |                                   |
|----------------------------------------|-----------------------------------|
| สำหรับ บริษัท เอ. ไอ. เอ. For AIA Use  |                                   |
| กรมธรรม์ประกันกลุ่มเลขที่<br>Group No. | ใบรับรองเลขที่<br>Certificate No. |

โปรดแจ้งผู้รับประโยชน์ และระบุความสัมพันธ์

\* กรณีที่มีการแก้ไข ชิดฆ่า ขูดลบ โปรดเซ็นชื่อกำกับด้วย

|                                   |                              |
|-----------------------------------|------------------------------|
| ชื่อผู้รับประโยชน์<br>Beneficiary | ความสัมพันธ์<br>Relationship |
| _____<br>_____                    | _____<br>_____               |

ในกรณีที่ท่านมีส่วนออกเงินสมทบสำหรับตัวท่านเอง และผู้อยู่ในอุปการะของท่าน โปรดอ่านข้อความข้างล่างนี้ :

ณ ที่นี้ ข้าพเจ้าตกลง และรับใบสมัครขอเอาประกันภัยพนักงาน และจำนวนเงินเอาประกันภัยกลุ่มที่ข้าพเจ้ามีสิทธิภายใต้สัญญาที่ออกโดยบริษัท เอไอเอ จำกัด และข้าพเจ้าอนุญาตให้นายจ้างหักเงินรายได้ของข้าพเจ้า เพื่อชำระเบี้ยประกันภัยส่วนของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าสงวนสิทธิที่จะไม่อนุญาตให้นายจ้างหักเงินรายได้ของข้าพเจ้าเมื่อไรก็ได้ โดยแจ้งให้บริษัททราบล่วงหน้าเป็นลายลักษณ์อักษร อนึ่ง เป็นที่ตกลงและเข้าใจว่าสิทธิดังกล่าวข้างต้นจะมีผลต่อเมื่อได้แจ้งให้นายจ้างทราบเป็นลายลักษณ์อักษรล่วงหน้า 30 วัน และการคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มที่ข้าพเจ้ามีส่วนร่วมออกเงินสมทบจะสิ้นสุดลงตั้งแต่วันที่ไม่ได้หักเงินรายได้ของข้าพเจ้า

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