



# บริษัท เอไอเอ จำกัด

ฝ่ายประกันกลุ่ม ชั้น 18 เอไอเอ ทาวเวอร์ 2 เลขที่ 181 ถนนสุรวงศ์ เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

## ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่ม

ข้าพเจ้าขอขึ้นใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มเพื่อสมาชิกของ

ชื่อบริษัท / ห้างร้าน : ..... (ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า “ผู้สมัคร”)

ที่อยู่ : .....

โทรศัพท์ : ..... ลักษณะธุรกิจ : .....

โดยเริ่มมีผลบังคับตั้งแต่วันที่ : .....

ขอสมัครแผนการประกันภัยให้แก่สมาชิก ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. สมาชิกและคุณสมบัติของสมาชิกผู้มีสิทธิเข้าร่วม -กรุณาดูใบแนบ-
2. การแบ่งประเภทและแผนการประกันภัย -กรุณาดูใบแนบ-
3. ผลประโยชน์ความคุ้มครอง -กรุณาดูใบแนบ-
4. ระยะเวลาการคอย -กรุณาดูใบแนบ-
5. เงื่อนไขการชำระเบี้ยประกันภัย **รายปี** เริ่มตั้งแต่วันที่ที่มีผลบังคับ
6. ความต้องการพิเศษ
  - แบบสมาชิกไม่จ่ายเงินสมทบ  แบบสมาชิกมีส่วนร่วมจ่ายเงินสมทบ  แบบสมาชิกจ่ายเองทั้งหมดแบบสมัครใจ
  - อื่นๆ -กรุณาดูใบแนบ-
7. สมาชิกเหล่านี้เคยได้รับความคุ้มครองประกันภัยกลุ่มใดๆ โดยบริษัทประกันภัยอื่น หรือ เอไอเอ หรือไม่  เคย  ไม่เคย  
 ถ้าเคย โปรดระบุชื่อบริษัทประกันภัย .....  
 ถ้าการประกันภัยนั้นสิ้นผลบังคับแล้ว โปรดระบุวันที่การประกันภัยนั้นสิ้นผลบังคับ .....

### ผู้สมัครตกลงด้วย ณ ที่นี้

- ก. จัดส่งข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสมาชิก หรือสมาชิกและผู้อยู่ในอุปการะตามที่บริษัทประกันภัยต้องการ ทั้งนี้เพื่อใช้คำนวณเบี้ยประกันภัยและผลประโยชน์
- ข. ถ้อยแถลง ข้อความ หรือ คำตอบใดๆ ในใบคำขอนี้ หรือ ในใบสมัครเข้าร่วมของสมาชิก การแก้ไขซึ่งได้ทำเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของสมาชิกในภายหลัง ถ้อยแถลง ข้อความ และคำตอบในแบบสอบถาม หรือ เอกสารอื่นใดที่ทำขึ้นอันเกี่ยวเนื่องกับใบคำขอสมัครนี้ และการประกันภัยของสมาชิกอันมีผลตามใบคำขอนี้ ข้อความและคำตอบที่ให้แก่แพทย์ผู้ตรวจวินิจฉัยของบริษัทประกันภัยจะประกอบขึ้นเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาโดยสมบูรณ์ และ ก่อให้เกิดนิติสัมพันธ์ระหว่างบริษัทประกันภัยและผู้สมัคร
- ค. กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มที่ได้ออกตามใบคำขอนี้ จะยังไม่ผลจนกว่าจะได้ส่งมอบให้แก่ผู้สมัครแล้ว และเบี้ยประกันภัยครั้งแรกเต็มจำนวนได้ชำระให้บริษัทรับประกันภัยแล้ว

ทำ ณ .....

วันที่ .....

(ประทับตราบริษัท / ห้างร้าน)

.....  
ชื่อนิติบุคคลของผู้สมัคร

( ..... )

พยาน

( ..... )

ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามและตำแหน่ง

### คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความจริงทุกข้อ การปกปิดความจริงหรือแถลงข้อความเท็จใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

# บริษัท เอไอเอ จำกัด

ให้แนบไว้กับและถือเป็นส่วนหนึ่งของใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มของ

บริษัท/ห้างร้าน.....

วันครบรอบปีกรมธรรม์ ทุกวันที่ ..... ของแต่ละปี

สมาชิก หมายถึง พนักงาน และ / หรือลูกจ้างของผู้ถือกรมธรรม์ ที่ปฏิบัติงานโดยปกติตามหน้าที่เต็มเวลา และ เป็นผู้ที่มีอายุ ตั้งแต่ 15 ปี และต่ำกว่า 65 ปี

คุณสมบัติของสมาชิกผู้มีสิทธิเข้าร่วมสมัครเอาประกันภัยกลุ่ม

1. สมาชิกทุกคนจะต้องเป็นผู้ปฏิบัติงานอย่างแท้จริง และมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงก่อนที่ จะมีสิทธิเข้าร่วมการประกันภัย
2. สมาชิกใดซึ่งมิได้ปฏิบัติงานอย่างแท้จริง ในวันที่ตนอาจมีสิทธิเข้าร่วมเอาประกันภัยตามสัญญาให้ถือว่าสมาชิกนั้นยังไม่มีสิทธิจนกว่าจะถึงวันที่กลับเข้าปฏิบัติงานโดยปกติ ตามหน้าที่เต็มเวลาโดยมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง
3. การหยุดปฏิบัติงานของผู้เอาประกันภัย (หรือสิ้นสุดการเป็นสมาชิกของผู้เอาประกันภัยในองค์กรนั้น) ถือเป็น การสิ้นสุดสมาชิกภาพรวมทั้งการสิ้นสุดความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยสำหรับสมาชิกผู้นั้น เว้นแต่ผู้เอาประกันภัย ถูกจ้าง เป็นลูกจ้างชั่วคราว หรือการหยุดปฏิบัติงานเนื่องจากการเจ็บป่วย หรือการขาดเจ็บ ให้ถือว่า การประกันภัยของผู้เอาประกันภัยนั้น ยังมีผลบังคับจนกว่าจะมีการงดชำระเบี้ยประกันภัยครั้งต่อไปสำหรับผู้เอาประกันภัยนั้น แต่ทั้งนี้ต้องไม่เกินระยะเวลา 6 เดือน นับจากวันสิ้นสุดการเป็นสมาชิกของผู้เอาประกันภัยนั้น
4. ผู้เอาประกันภัยซึ่งเข้าประจำการในกองทัพบก กองทัพเรือ หรือกองทัพอากาศเต็มเวลาจะขาดคุณสมบัติของการเป็นผู้เอาประกันภัยและความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้ถือเป็นอันสิ้นสุดลง
5. การประกันภัยของผู้เอาประกันภัยจะสิ้นสุดโดยอัตโนมัติ ในวันครบรอบปีกรมธรรม์ในปีที่ผู้เอาประกันมีอายุครบ 65 ปี

## ระยะเวลารอดคอย

วันถัดไปหลังจากบริษัทฯ ได้รับหลักฐานการสมัครทำประกันครบถ้วนแล้ว

ระยะเวลาที่ต้องใช้สิทธิเข้าร่วม -

## ความต้องการพิเศษ

1. การเปลี่ยนแปลงประเภท แผนและวงเงินประกันจะมีผลบังคับ **ทุกวันครบรอบปีกรมธรรม์ของแต่ละปี**
2. ขอสมัครใช้ **บริการจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับสถานพยาบาลในเครือข่าย** โดยจะแจ้งรายงานการลาออกของสมาชิกผู้เอาประกันภัยให้บริษัทฯ ประกันภัยทราบในทันที พร้อมกับยินดีรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอันเกิดจากการใช้ บริการของสมาชิกผู้เอาประกันภัยที่สิ้นสุดสมาชิกภาพ เว้นแต่ เป็นการรักษาที่เกิดขึ้นหลังจากได้แจ้งรายงานการลาออกให้ บริษัทฯ ประกันภัยทราบแล้ว
3. การปรับปรุงเบี้ยประกันภัยในส่วนที่ยังมิได้ให้ความคุ้มครอง (ถ้ามี) จะคืนให้ไม่เกิน 90 วัน สำหรับช่วงระยะเวลานับแต่วันที่ การประกันภัยสิ้นสุดผลบังคับจนถึงวันที่บริษัทได้รับหนังสือแจ้งยกเลิกการประกันภัย
4. ขยายความคุ้มครองให้กับบริษัทในเครือ  ไม่ต้องการ

ต้องการ ได้แก่ .....

( \_\_\_\_\_ )

พยาน

( \_\_\_\_\_ )

ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามและตำแหน่ง

( ประทับตราบริษัท/ห้างร้าน )

วันที่ \_\_\_\_\_

# บริษัท เอไอเอ จำกัด

ให้แนบไว้กับและถือเป็นส่วนหนึ่งของใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มของ

บริษัท/ห้างร้าน.....

## การแบ่งประเภทและแผนการประกัน

ตำแหน่ง/ประเภท/ลักษณะงาน ของพนักงาน

แผนประกัน

.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

## ผลประโยชน์ความคุ้มครอง

ตารางประกันภัย	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 5	แผน 6
วงเงินประกันชีวิต	1,000	2,000	3,000	4,000	5,000	10,000
วงเงินประกันอุบัติเหตุ (แบบคอนดิเนนตัล)	100,000	200,000	300,000	400,000	500,000	1,000,000

\*ผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ  ต้องการ  ไม่ต้องการ  
(เลือกซื้อตามแผนหลัก)

ตารางประกันภัย	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 5	แผน 6
*ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ	10,000	20,000	30,000	40,000	50,000	100,000

( \_\_\_\_\_ )  
พยาน

( \_\_\_\_\_ )  
ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามและตำแหน่ง  
(ประทับตราบริษัท/ห้างร้าน )

วันที่ \_\_\_\_\_

**บริษัท เอไอเอ จำกัด**  
**แบบข้อมูลของพนักงานผู้เอาประกันภัย**

บริษัท .....  
 ลักษณะของธุรกิจ.....ชั้นอาชีพตามธุรกิจ.....จำนวนพนักงานทั้งหมด .....คน  
 ที่อยู่ .....  
 อีเมลล์.....

ลำดับ ที่	ชื่อ - นามสกุล พนักงาน	วัน / เดือน / ปี พ.ศ. เกิด	อายุ	เพศ	ตำแหน่ง หรือชั้น	แผน ประกัน	เบี้ยประกัน ต่อคนต่อปี	หมายเหตุ
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

หมายเหตุ โปรดระบุ แผนประกันและเบี้ยประกันภัยต่อคนต่อปี ในตารางข้างต้น

ตัวแทน ..... รหัสตัวแทน .....  
 หน่วยงาน ..... รหัสหน่วย .....  
 โบราณคดีเลขที่ ..... โทรศัพท์ .....  
 อีเมลล์ .....

หมายเหตุ  ส่งข้อมูลพนักงานมายังอีเมลล์ของผู้ประสานงานขายตาม โชนที่ท่านสังกัด