

บริษัท เอไอเอ จำกัด
AIA Company Limited
ฝ่ายประกันกลุ่ม

ใบสมัครขอเอาประกันภัยพนักงาน
Employee Enrollment Form



FE00

นามนายจ้าง (ชื่อบริษัท หรือ ห้างร้าน) TJDA Name of Employer			
ชื่อพนักงาน 氏名 Name of Employee			
パスポート番号 ID.Card.			
เพศ Sex		วัน เดือน ปี เกิด Date of Birth 西曆	วันที่เริ่มทำงาน Date of employment 西曆
男性 <input type="checkbox"/> Male	独身 <input type="checkbox"/> Single	201270 生年月日 ว D ค M ปี Y	251216 記入日 ว D ค M ปี Y
女性 <input type="checkbox"/> Female	既婚 <input type="checkbox"/> Married		

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

โปรดแจ้งผู้รับประโยชน์ และระบุความสัมพันธ์

* กรณีที่มีการแก้ไข ชิดฆ่า ชูคลุม โปรดเซ็นชื่อกำกับด้วย

ชื่อผู้รับประโยชน์ Beneficiary	ความสัมพันธ์ Relationship
死亡金受取人氏名	間柄 何%
死亡金受取人氏名	間柄 何%

ในกรณีที่ท่านมีส่วนออกเงินสมทบสำหรับตัวท่านเอง และผู้อยู่ในอุปการะของท่าน โปรดอ่านข้อความข้างล่างนี้ :

ณ ที่นี้ ข้าพเจ้าตกลง และรับใบสมัครขอเอาประกันภัยพนักงาน และจำนวนเงินเอาประกันภัยกลุ่มที่ข้าพเจ้ามีสิทธิภายใต้สัญญาที่ออกโดย บริษัท เอไอเอ จำกัด และข้าพเจ้านุญาตให้นายจ้างหักเงินรายได้ของข้าพเจ้า เพื่อชำระเบี้ยประกันภัยส่วนของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าสงวนสิทธิที่จะไม่อนุญาตให้นายจ้างหักเงินรายได้ของข้าพเจ้าเมื่อไรก็ได้ โดยแจ้งให้บริษัททราบล่วงหน้าเป็นลายลักษณ์อักษร อนึ่ง เป็นที่ ตกลงและเข้าใจว่าสิทธิดังกล่าวข้างต้นจะมีผลต่อเมื่อ ได้แจ้งให้นายจ้างทราบเป็นลายลักษณ์อักษรล่วงหน้า 30 วัน และการคุ้มครองตามกรมธรรม์ ประกันภัยกลุ่มที่ข้าพเจ้ามีส่วนร่วมออกเงินสมทบจะสิ้นสุดลงตั้งแต่วันที่ ไม่ได้หักเงินรายได้ของข้าพเจ้า

ถ้าท่านประสงค์ให้มีประกันภัยผู้อยู่ในอุปการะ โปรดกรอกใบสมัครขอเอาประกันภัยผู้อยู่ในอุปการะด้วย

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

記入日

วันที่ Date

申込者直筆サイン

ลายเซ็นพนักงานผู้สมัคร / ผู้เอาประกันภัย

Signature of Employee