



# บริษัท เอไอเอ จำกัด

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

## ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่ม

ข้าพเจ้าขอยื่นใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มเพื่อสมาชิกของ

ชื่อบริษัท / ห้างร้าน : ..... (ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า "ผู้สมัคร")

ที่อยู่ : .....

โทรศัพท์ : ..... ลักษณะธุรกิจ : .....

โดยเริ่มมีผลบังคับตั้งแต่วันที่ : .....

ขอสมัครแผนการประกันภัยให้แก่สมาชิก ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

- 1. สมาชิกและคุณสมบัติของสมาชิกผู้มีสิทธิเข้าร่วม -กรุณาดูใบแนบ-
- 2. การแบ่งประเภทและแผนการประกันภัย -กรุณาดูใบแนบ-
- 3. ผลประโยชน์ความคุ้มครอง -กรุณาดูใบแนบ-
- 4. ระยะเวลาการคอย วันแรกของเดือนถัดไปหลังจากบริษัทฯได้รับและอนุมัติบัตรสมัครแถลงสุขภาพที่เป็นหลักฐานแสดงความสามารถในการเอาประกันเป็นที่เรียบร้อยแล้ว
- 5. งวดการชำระเบี้ยประกันภัย รายปี เริ่มตั้งแต่วันที่ที่มีผลบังคับ

6. ความต้องการพิเศษ

แบบสมาชิกไม่จ่ายเงินสมทบ  แบบสมาชิกมีส่วนร่วมจ่ายเงินสมทบ  แบบสมาชิกจ่ายเองทั้งหมดแบบสมัครใจ

อื่นๆ -กรุณาดูใบแนบ-

- 7. สมาชิกเหล่านี้เคยได้รับความคุ้มครองประกันภัยกลุ่มใดๆ โดยบริษัทประกันภัยอื่น หรือ เอไอเอ หรือไม่ .....
- ถ้าเคย โปรดระบุชื่อบริษัทประกันภัย .....
- ถ้าการประกันภัยนั้นสิ้นผลบังคับแล้ว โปรดระบุวันที่การประกันภัยนั้นสิ้นผลบังคับ .....

### ผู้สมัครตกลงด้วย ณ ที่นี้

- ก. จัดส่งข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสมาชิก หรือสมาชิกและผู้อยู่ในอุปการะตามที่บริษัทประกันภัยต้องการ ทั้งนี้เพื่อใช้คำนวณเบี้ยประกันภัยและผลประโยชน์
- ข. ถ้อยแถลง ข้อความ หรือ คำตอบใดๆในใบคำขอนี้ หรือ ในใบสมัครเข้าร่วมของสมาชิก การแก้ไขซึ่งได้ทำเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของสมาชิกในภายหลัง ถ้อยแถลง ข้อความ และคำตอบในแบบสอบถาม หรือ เอกสารอื่นใดที่ทำขึ้นอันเกี่ยวเนื่องกับใบคำขอสมัครนี้ และการประกันภัยของสมาชิกอันมีผลตามใบคำขอนี้ ข้อความและคำตอบที่ให้แก่แพทย์ผู้ตรวจวินิจฉัยของบริษัทประกัน ภัยจะประกอบขึ้นเป็นส่วนของสัญญาโดยสมบูรณ์ และ ก่อให้เกิดนิติสัมพันธ์ระหว่างบริษัทประกัน ภัย และ ผู้สมัคร
- ค. กรณกรรมประกันภัยกลุ่มที่ได้ออกตามใบคำขอนี้ จะยังไม่มีผลจนกว่าจะได้ส่งมอบให้แก่ผู้สมัครแล้ว และเบี้ยประกันภัยครั้งแรกเต็มจำนวนได้ชำระให้บริษัทรับประกันภัยแล้ว

ทำ ณ .....

(ประทับตราบริษัท / ห้างร้าน)

วันที่ .....

ชื่อนิติบุคคลของผู้สมัคร

(.....)

พยาน

(.....)

ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามและตำแหน่ง

### คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันชีวิตจะตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความจริงทุกข้อ การปกปิดความจริงหรือแถลงข้อความเป็นเท็จใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

# บริษัท เอไอเอ จำกัด

ให้แนบไว้กับและถือเป็นส่วนหนึ่งของใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มของ

วันครบรอบปีกรมธรรม์ ทุกวันที่ ..... ของแต่ละปี

สมาชิก หมายถึง พนักงานและ/ หรือลูกจ้างของผู้ถือกรมธรรม์ ที่ปฏิบัติงานโดยปกติตามหน้าที่เต็มเวลา และ เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี และต่ำกว่า 65 ปี

## คุณสมบัติของสมาชิกผู้มีสิทธิเข้าร่วมสมัครเอาประกันภัยกลุ่ม

1. สมาชิกทุกคนจะต้องเป็นผู้ปฏิบัติงานอย่างแท้จริง และมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงก่อนที่ จะมีสิทธิเข้าร่วมการประกันภัย
2. สมาชิกใดซึ่งมิได้ปฏิบัติงานอย่างแท้จริง ในวันที่ตนอาจมีสิทธิเข้าร่วมเอาประกันภัยตามสัญญา นี้ ให้ถือว่าสมาชิกนั้นยังไม่มีสิทธิจนกว่าจะถึงวันที่กลับเข้าปฏิบัติงานโดยปกติ ตามหน้าที่เต็มเวลาโดยมีสุขภาพ สมบูรณ์แข็งแรง
3. การหยุดปฏิบัติงานของผู้เอาประกันภัย (หรือสิ้นสุดการเป็นสมาชิกของผู้เอาประกันภัยในองค์กรนั้น) ถือเป็น การสิ้นสุดสมาชิกภาพรวมทั้งการสิ้นสุดความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยสำหรับสมาชิกผู้นั้น เว้นแต่ผู้เอาประกันภัย ถูกจ้างเป็นลูกจ้างชั่วคราว หรือการหยุดปฏิบัติงานเนื่องจากการเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บ ให้ถือว่า การประกันภัยของผู้เอาประกันภัยนั้น ยังมีผลบังคับจนกว่าจะมีการดชำระเบี้ยประกันภัยครั้งต่อไปสำหรับผู้เอาประกันภัยนั้น แต่ทั้งนี้ต้องไม่เกินระยะเวลา 6 เดือน นับจากวันสิ้นสุดการเป็นสมาชิกของผู้เอาประกันภัยนั้น
4. ผู้เอาประกันภัยซึ่งเข้าประจำการในกองทัพบก กองทัพเรือ หรือกองทัพอากาศเต็มเวลาจะขาดคุณสมบัติของการเป็นผู้เอาประกันภัยและความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้ถือเป็นอันสิ้นสุดลง
5. การประกันภัยของผู้เอาประกันภัยจะสิ้นสุดโดยอัตโนมัติ ในวันครบรอบปีกรมธรรม์ในปีที่ผู้เอาประกันภัยมีอายุครบ 65 ปี
6. สมาชิกที่ปฏิบัติงานเฉพาะเวลาจะไม่มีสิทธิเข้าร่วมแผนการประกันภัย

ระยะเวลาที่ต้องใช้สิทธิเข้าร่วม วันแรกนับตั้งแต่วันที่มิสิทธิเข้าร่วมเอาประกันภัย

## ความต้องการพิเศษ

1. การเปลี่ยนแปลงประเภท แผนและวงเงินประกันจะมีผลบังคับในวันครบรอบปีกรมธรรม์ของแต่ละปี
2. ขอสมัครใช้บริการจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับสถานพยาบาลในเครือข่าย โดยจะแจ้งรายงานการลาออกของสมาชิกผู้เอาประกันภัย ให้บริษัทฯ ประกันภัยทราบในทันที พร้อมกับยินยินดีรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอันเกิดจากการใช้บริการของสมาชิกผู้เอาประกันภัยที่สิ้นสุดสมาชิกภาพ เว้นแต่ เป็นการรักษาที่เกิดขึ้นหลังจากได้แจ้งรายงานการลาออกให้บริษัทฯ ประกันภัยทราบแล้ว
3. การปรับปรุงเบี้ยประกันภัยในส่วนที่ยังมิได้ให้ความคุ้มครอง (ถ้ามี) จะคืนให้ไม่เกิน 90 วัน สำหรับช่วงระยะเวลานับแต่วันที่การประกันภัย สิ้นผลบังคับจนถึงวันที่บริษัทได้รับหนังสือแจ้งยกเลิกการประกันภัย
4. ผลประโยชน์ผู้ป่วยนอก (คลินิก) เลือกซื้อแผนใดแผนหนึ่งได้ไม่จำกัดว่าจะต้องซื้อตามแผนหลัก  
 ต้องการ  ไม่ต้องการ
5. ค่าทันตกรรม เลือกซื้อแผนใดแผนหนึ่งได้ไม่จำกัดว่าจะต้องซื้อตามแผนหลัก  
 ต้องการ  ไม่ต้องการ
6. การประกันสุขภาพให้ขยายความคุ้มครองไปถึง คู่สมรส และบุตรของพนักงาน  
 ต้องการ  ไม่ต้องการ
7. ขยายความคุ้มครองให้กับบริษัทในเครือ  ไม่ต้องการ  
 ต้องการ ได้แก่ .....
8. การบริการให้ข้อมูลช่วยเหลือด้านการเดินทางและทางการแพทย์ (ข้อความข้างต้นเป็นการให้บริการพิเศษเพื่อกิจกรรมส่งเสริมการขาย เท่านั้น ทางบริษัทฯ อาจเปลี่ยนแปลงหรือยกเลิกได้ตามความเหมาะสม โดยมีต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า)

(.....)

พยาน

วันที่ .....

(.....)

ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามและตำแหน่ง

(ประทับตราบริษัท/ห้างร้าน )

# บริษัท เอไอเอ จำกัด

ให้แนบไว้กับและถือเป็นส่วนหนึ่งของใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มของ

## การแบ่งประเภทและแผนการประกันภัย

ประเภท	แผน	แผน OPD	แผน Dental
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

## ผลประโยชน์ความคุ้มครอง

ตารางการประกันภัย	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 5	แผน 6
- วงเงินประกันชีวิต	100,000	200,000	300,000	400,000	500,000	600,000
- วงเงินประกันอุบัติเหตุ (แบบคอนดิเนนทล)	100,000	200,000	300,000	400,000	500,000	600,000
- วงเงินประกันทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร	100,000	200,000	300,000	400,000	500,000	600,000
- แผนการประกันสุขภาพ						
รายการชดเชยจำนวนสูงสุดต่อการเจ็บป่วยหนึ่งครั้ง (บาท)						
ก. ค่าห้องและค่าอาหารวันละ (สูงสุด 31 วัน)	1,000	1,500	2,000	2,500	3,000	3,500
ค่าห้องผู้ป่วยหนัก (ไอ.ซี.ยู.) (สูงสุด 7 วัน)	2,000	3,000	4,000	5,000	6,000	7,000
ข. ค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ	20,000	30,000	40,000	50,000	60,000	70,000
ค. ค่าผ่าตัด (แบบแยกประเภทการผ่าตัด)	20,000	30,000	40,000	50,000	60,000	70,000
ง. ค่าเยี่ยมของแพทย์ในโรงพยาบาล 1 ครั้งต่อวัน สูงสุด 31 วัน ๗ ละ	700	900	1,200	1,450	1,700	2,000
จ. ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกฉุกเฉิน (กรณีอุบัติเหตุ)	4,000	5,000	6,000	6,000	6,000	6,500
ฉ. ค่าปรึกษาแพทย์ (รวมอยู่ใน ข. หรือ ค. แล้วแต่กรณี)	4,000	5,000	6,000	6,000	6,000	6,500
ช. ค่าปรึกษาแพทย์ต่อเนื่องภายหลังการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ภายในระยะเวลา 3 เดือน (สูงสุด 1 ครั้งต่อวัน และ ไม่เกิน 5 ครั้ง ต่อการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บใดๆครั้งหนึ่ง)	600	800	1,000	1,200	1,500	2,000
- แผนการประกันสุขภาพ (แผนทางเลือก)	<u>ทางเลือก</u> ก.	<u>ทางเลือก</u> ข.	<u>ทางเลือก</u> ค.	<u>ทางเลือก</u> ง.	<u>ทางเลือก</u> จ.	<u>ทางเลือก</u> ฉ.
● ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (คลินิก) (1 ครั้งต่อวัน , 30 ครั้งต่อปีกรมธรรม์)	400	500	800	1,000	1,200	1,500
● ค่าทันตกรรม						
- การตรวจช่องปาก หรือการขูดหินปูน ครั้งละ (สูงสุด 2 ครั้งต่อปี)	500	700	800	1,000	1,200	1,500
- การตรวจวินิจฉัยโดยการใช้เอกซเรย์ และโดยการทดสอบในห้อง ทดลองปฏิบัติการ (สูงสุดต่อปีกรมธรรม์)	500	700	800	1,000	1,200	1,500
- การอุดฟัน การถอนฟัน และการรักษารากฟัน (สูงสุดต่อปีกรมธรรม์)	1,000	1,200	1,500	2,000	2,500	3,000

(.....)

พยาน

วันที่ .....

(.....)

ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามและตำแหน่ง

( ประทับตราบริษัท/ห้างร้าน )

# บริษัท เอไอเอ จำกัด

## ตัวอย่างแบบข้อมูลของพนักงาน

( กรุณารายชื่อสมาชิกผู้เอาประกันภัยในรูปแบบไฟล์ที่จะรายละเอียด พร้อมเลขที่บัตรประชาชนของพนักงานแต่ละคน )

บริษัท .....

ที่อยู่ .....

ลำดับ ที่	ชื่อพนักงาน	นามสกุล พนักงาน	เลขประจำตัว ประชาชน	เดือน/วัน/ปี ค.ศ. เกิด	อายุ (ปี)	เพศ	ตำแหน่ง หรือชั้น	แผน	หมายเหตุ
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									

**หมายเหตุ :** ในกรณีที่ต้องการใช้บริการการจ่ายเคลมค่ารักษาพยาบาลผ่านบัญชีธนาคาร โปรดแจ้งชื่อธนาคาร และเลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมแนบสำเนาหน้าบัญชีเงินฝาก

ชื่อตัวแทน .....	รหัสตัวแทน .....
หน่วย .....	รหัสหน่วย .....
ใบอนุญาตเลขที่ .....	โทรศัพท์ .....