แบบฟอร์มการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม Group Personal Accident Application Form

Allianz AYUDHYA

กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนสมบูรณ์ด้วยตัวบรรจง (Please complete this form in BLOCK CAPITALS)

ชื่อผู้ถือกรมธรรม์(ชื่อองค์กร/บริษัท/หจก./ร้าน) .....

Policyholder Name (Organization/Company Name) .....

ที่อยู่ (Address) .....

.....

โทรศัพท์ (Telephone No.) .....โทรศัพท์มือถือ Movile Phone No. .....

โทรสาร (Fax). ..... E-mail Address .....

ลักษณะการประกอบธุรกิจ (Nature of business) .....

แผนประกันภัยสำเร็จรูป Package Plan

☐ **อยุธยาคุ้มครองอุบัติเหตุกลุ่ม แบบคลาสสิค (อบ.1)**
Ayudhya Personal Accident Classic (PA1)

☐ **อยุธยาคุ้มครองอุบัติเหตุกลุ่ม (อบ.2)**
Ayudhya Personal Accident (PA2)

☐ **ข้อเสนอ อบ.1 เลขที่** .....
Proposal PA1 No.

☐ **ข้อเสนอ อบ.2 เลขที่** .....
Proposal PA2 No.

เบี้ยประกันชำระโดย Premium will be paid by

☐ **ผู้ถือกรมธรรม์ เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยทั้งหมดสำหรับ** (The policyholder for all premiums of)
☐ พนักงาน / สมาชิก (Employee / Member) ☐ ผู้อยู่ในอุปการะ (Dependent)

☐ **ผู้ขอเอาประกันภัย เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยทั้งหมดสำหรับ** (The applicant for all premiums of)
☐ พนักงาน / สมาชิก (Employee / Member) ☐ ผู้อยู่ในอุปการะ (Dependent)

☐ **ผู้ถือกรมธรรม์ร่วมกันชำระเบี้ยประกันภัยสำหรับ** (Both the policyholder for the premium of)
☐ โดยมีสัดส่วนการชำระเบี้ย คือ ผู้ถือกรมธรรม์.....% พนักงาน / สมาชิก.....%
With the ratio of premium : Policyholder Employee / Member
☐ โดยมีสัดส่วนการชำระเบี้ย คือ ผู้ถือกรมธรรม์.....% ผู้อยู่ในอุปการะ.....%
With the ratio of premium : Policyholder Dependent

ลำดับ No.	ชื่อ - นามสกุล ผู้ขอเอาประกันภัย (กรุณาระบุคำนำหน้านาม เช่น นาย, นาง, นางสาว, เด็กชาย, เด็กหญิง) Name - Surname of Eligible Members (Mr./Mrs./Miss/Master)	กรณีผู้ขอเอาประกันภัยมิใช่พนักงานโปรดระบุความสัมพันธ์กับพนักงาน (เช่น สามี,ภรรยา,บุตร) If applicant is not the employee,please state applicant's relationship to employee (such as being spouse or child)	ชื่อ - นามสกุล (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็นคู่สมรสและบุตรให้ระบุชื่อของสมาชิกหรือพนักงาน) Name - Surname (If applicant is dependent, please state employee name)	วัน/เดือน/ปี เกิด Date of Birth	ระบุสัญชาติ (กรณีที่ไม่ใช่สัญชาติไทย) Specified the nationality (in case of not Thai)	ตำแหน่งงาน Position	แผนประกันภัย Insurance plan	จำนวนเงินเอาประกันภัย Sum Assured	เบี้ยประกันภัยต่อคนต่อปี(บาท) Premium/ Person/ Year (Baht)	ถ้าใช้รถจักรยานยนต์เป็นประจำให้ใส่ ✓ Diving of or riding as a passenger on Motorcycles. If yes, please tick ✓	ชื่อผู้รับประโยชน์ (ระบุชื่อบุคคลซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้ขอเอาประกันภัยและ หากไม่ระบุ ถือว่าผู้รับประโยชน์ คือบิดาและหรือมารดา) Beneficiary Name (A beneficiary must have an insurable interest in the life of the applicant. If the beneficiary name is not designated, death benefit will be paid to applicant's parents).	ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย Relationship to the applicant

ช่องทางการจัดจำหน่าย/channel.....ชื่อตัวแทน/นายหน้า/Agent or Broker Name.....รหัสตัวแทน/นายหน้า/Agent/Broker Code.....

หน่วย/ภาค/Unit/District .....สาขา / Service Center.....โทร/Tel.....โทรศัพท์มือถือ/Mobile Number .....

ข้อตกลงเพิ่มเติม

"ขอสมัครใช้บัตรประจำตัวสมาชิกประกันภัยกลุ่มออกให้แก่สมาชิกผู้มีสิทธิเข้าร่วมเพื่อใช้ในการเข้ารักษาพยาบาลตามสถานพยาบาลต่างๆ ที่บริษัทได้ทำสัญญาไว้ โดยไม่ต้องสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลไปก่อนตามเงื่อนไขที่บริษัทกำหนดไว้ หากสมาชิกผู้มีสิทธิเข้าร่วมพ้นสภาพจากการเป็นสมาชิก ผู้ถือกรมธรรม์จะต้องแจ้งการลาออกให้กับบริษัททันทีและจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอันเกิดจากการใช้บริการของสมาชิกผู้มีสิทธิเข้าร่วมที่พ้นสภาพและหรือจำนวนเงินค่ารักษาพยาบาลที่ไม่ได้รับความคุ้มครองให้แก่บริษัท ภายใน 15 วันนับแต่วันที่ได้รับใบแจ้งเรียกเก็บจากบริษัท โดยผู้ถือกรมธรรม์ยินยอมให้บริษัทยึดหน่วง และ/หรือนำเงินเบี้ยประกันภัย และ/หรือเงินอื่นใดซึ่งบริษัทมีหน้าที่ต้องจ่ายคืนให้แก่ผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือผู้เอาประกันภัยมาหักชำระค่าเสียหายหรือมูลหนี้ใดๆ อันเกิดขึ้นจากกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มดังกล่าวได้ ทั้งนี้ บริษัทขอสงวนสิทธิ์ ระงับและ/หรือยกเลิกสิทธิการใช้บัตรประจำตัวสมาชิกประกันภัยกลุ่มได้ โดยผู้ถือกรมธรรม์ตกลงจะไม่เรียกร้องค่าเสียหายใดๆ จากบริษัททุกกรณี"

เอกสารที่ใช้ประกอบการสมัครประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม/ Document required

- แบบฟอร์มการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม / Group PA application form
- สำเนาหนังสือจดทะเบียนองค์กร/บริษัท/หจก./ร้าน ที่นายทะเบียนออกให้ไม่เกิน 6 เดือน ที่รับรองสำเนาถูกต้อง Copy of Company Registration issued date within 6 months and certified copy.
- สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย ที่รับรองสำเนาถูกต้อง / Please attach the copy of applicant's identification card or copy of registered address and certified copy.

.....

(.....)

ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนาม พร้อมประทับตรา

(Authorized Signature and Company Stamp)

วันที่ (Date) ...../...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ บมจ. อลิอันซ์ อยุธยา ประกันชีวิต (For Staff Only)

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มเลขที่ (Group Policy No.) .....

วันที่เริ่มมีผลบังคับ (Effective Date) .....

ลายมือชื่อเจ้าหน้าที่ (Signature) .....

Revised version 5.0 (26-01-2018)