



บริษัท อเมริกันอินเตอร์เนชั่นแนลแอสซิวรันส์ จำกัด
 เอไอเอ ทาวเวอร์ 181 ถนนสุรวงศ์ เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500
 โทร. 0-2634-8888 โทรสาร 0-2236-6452
 AIA Call Center 1581 www.aia.co.th

คำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ / P-
 กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....
 รหัสหน่วย..... รหัสตัวแทน.....
 หน่วย/ภาค..... ชื่อตัวแทน.....

ที่ติด Sticker
 หมายเลขกรมธรรม์

ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ
 Proposal for Accident Insurance



A10100

1.	ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย The Proposer's Name : เพศ Sex ที่อยู่ Address..... รหัสไปรษณีย์ Post Code โทร Tel..... <input type="checkbox"/> บัตรประชาชน Identity Card <input type="checkbox"/> ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว Alien Certificate <input type="checkbox"/> หนังสือเดินทาง Passport เลขที่ No..... ออกให้ ณ เขต หรือ อำเภอ Issued at..... จังหวัด Province..... ประเทศ Country.....																																																									
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:15%;">อายุ Age</th> <th style="width:25%;">วัน เดือน ปีเกิด Date of Birth</th> <th style="width:15%;">ความสูง Height</th> <th style="width:15%;">น้ำหนัก Weight</th> <th style="width:30%;">สัญชาติ Nationality</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	อายุ Age	วัน เดือน ปีเกิด Date of Birth	ความสูง Height	น้ำหนัก Weight	สัญชาติ Nationality																																																				
อายุ Age	วัน เดือน ปีเกิด Date of Birth	ความสูง Height	น้ำหนัก Weight	สัญชาติ Nationality																																																						
	อาชีพปัจจุบัน Present Occupation ตำแหน่ง Position..... ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป Job Description..... <table border="1" style="float:right; width:150px; height:20px;"> <tr> <td>ชั้นอาชีพ Occupation Class</td> <td> </td> </tr> </table> เงินเดือน / ค่าจ้าง Salary / Wage ปีละ.....บาท Baht รายได้อื่น ๆ Others ปีละ.....บาท Baht แหล่งที่มา Source (การกำหนดจำนวนเงินเอาประกันภัยของบริษัทจะพิจารณาจากรายได้ของผู้เอาประกันภัยโปรดแถลงข้อเท็จจริง) ชื่อนายจ้าง Employer's Name.....กิจการของนายจ้าง Employer's Business..... ที่อยู่ของนายจ้าง Employer's Address..... รหัสไปรษณีย์ Post code..... โทร Tel.....	ชั้นอาชีพ Occupation Class																																																								
ชั้นอาชีพ Occupation Class																																																										
2.	ชื่อผู้รับประโยชน์ Beneficiary 's Name..... อายุ Age.....ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย Relationship to the Proposer..... ที่อยู่ Address..... รหัสไปรษณีย์ Post Code โทร Tel.....																																																									
3.	ระยะเวลาขอเอาประกันภัย เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 12.00 น. Period of Insurance Required : From at hours. To at 12.00 hours.																																																									
4.	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:60%;">จำนวนเงินขอเอาประกันภัยที่ต้องการ Sum Insured Required</th> <th colspan="3" style="width:40%;">แผนประกันภัยที่ต้องการ Plan Code Required</th> </tr> <tr> <td style="text-align:center;"> ข้อตกลงคุ้มครอง Insuring Agreement </td> <td style="text-align:center;"> จำนวนเงินเอา ประกันภัย Sum Insured </td> <td style="text-align:center;"> ความรับผิด ส่วนแรก Deductible </td> <td style="text-align:center;"> บริษัทกรอก Company fill in เบี้ยประกันภัย Premium </td> </tr> <tr> <td> สำหรับความคุ้มครองตามข้อ 1 ให้ท่านระบุความคุ้มครองที่ต้องการตาม อ.บ.1 หรือ อ.บ.2 ข้อใดข้อหนึ่ง For coverage in item 1 please choose coverage either P.A. 1 or P.A. 2 </td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> ข้อ 1. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.บ. 1) Item 1. Loss of Life, Dismemberment, Loss of Sight or Total Permanent Disability (P.A. 1) </td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> ข้อ 1. เสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟัง การพูดออกเสียงหรือทุพพลภาพถาวร (อ.บ. 2) Item 1. Loss of Life, Dismemberment, Loss of Sight, Hearing, Speech or Permanent Disability (P.A. 2) </td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> ข้อ 2. ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง ไม่เกิน.....สัปดาห์ Item 2. Total Temporary Disability Max. Weeks </td> <td style="text-align:center;">ต่อสัปดาห์</td> <td style="text-align:center;">วัน</td> <td></td> </tr> <tr> <td> ข้อ 3. ทุพพลภาพชั่วคราวบางส่วน ไม่เกิน.....สัปดาห์ Item 3. Partial Temporary Disability Max. Weeks </td> <td style="text-align:center;">ต่อสัปดาห์</td> <td style="text-align:center;">วัน</td> <td></td> </tr> <tr> <td> ข้อ 4. ค่ารักษาพยาบาลตลอดอุบัติเหตุแต่ละครั้ง Item 4. Medical Expenses Each Accident </td> <td></td> <td style="text-align:center;">บาท</td> <td></td> </tr> <tr> <td> ** ข้อ 5. ผลประโยชน์กระดูกแตกหัก Item 5. Broken Bone </td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> ความคุ้มครองอุบัติเหตุอันเกิดจากภัยธรรมชาติ Natural Disaster </td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> ผลประโยชน์ค่าปลงศพ Cremation </td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="3" style="text-align:center;"> เบี้ยประกันภัยสำหรับภัยเพิ่มเติม Additional Premium </td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="3" style="text-align:center;"> ส่วนลดเบี้ยประกันภัย Premium Discount </td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="3" style="text-align:center;"> เบี้ยประกันภัยรวม Total Premium </td> </tr> </table>	จำนวนเงินขอเอาประกันภัยที่ต้องการ Sum Insured Required	แผนประกันภัยที่ต้องการ Plan Code Required			ข้อตกลงคุ้มครอง Insuring Agreement	จำนวนเงินเอา ประกันภัย Sum Insured	ความรับผิด ส่วนแรก Deductible	บริษัทกรอก Company fill in เบี้ยประกันภัย Premium	สำหรับความคุ้มครองตามข้อ 1 ให้ท่านระบุความคุ้มครองที่ต้องการตาม อ.บ.1 หรือ อ.บ.2 ข้อใดข้อหนึ่ง For coverage in item 1 please choose coverage either P.A. 1 or P.A. 2				<input type="checkbox"/> ข้อ 1. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.บ. 1) Item 1. Loss of Life, Dismemberment, Loss of Sight or Total Permanent Disability (P.A. 1)				<input type="checkbox"/> ข้อ 1. เสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟัง การพูดออกเสียงหรือทุพพลภาพถาวร (อ.บ. 2) Item 1. Loss of Life, Dismemberment, Loss of Sight, Hearing, Speech or Permanent Disability (P.A. 2)				ข้อ 2. ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง ไม่เกิน.....สัปดาห์ Item 2. Total Temporary Disability Max. Weeks	ต่อสัปดาห์	วัน		ข้อ 3. ทุพพลภาพชั่วคราวบางส่วน ไม่เกิน.....สัปดาห์ Item 3. Partial Temporary Disability Max. Weeks	ต่อสัปดาห์	วัน		ข้อ 4. ค่ารักษาพยาบาลตลอดอุบัติเหตุแต่ละครั้ง Item 4. Medical Expenses Each Accident		บาท		** ข้อ 5. ผลประโยชน์กระดูกแตกหัก Item 5. Broken Bone				ความคุ้มครองอุบัติเหตุอันเกิดจากภัยธรรมชาติ Natural Disaster				ผลประโยชน์ค่าปลงศพ Cremation					เบี้ยประกันภัยสำหรับภัยเพิ่มเติม Additional Premium				ส่วนลดเบี้ยประกันภัย Premium Discount				เบี้ยประกันภัยรวม Total Premium			
จำนวนเงินขอเอาประกันภัยที่ต้องการ Sum Insured Required	แผนประกันภัยที่ต้องการ Plan Code Required																																																									
ข้อตกลงคุ้มครอง Insuring Agreement	จำนวนเงินเอา ประกันภัย Sum Insured	ความรับผิด ส่วนแรก Deductible	บริษัทกรอก Company fill in เบี้ยประกันภัย Premium																																																							
สำหรับความคุ้มครองตามข้อ 1 ให้ท่านระบุความคุ้มครองที่ต้องการตาม อ.บ.1 หรือ อ.บ.2 ข้อใดข้อหนึ่ง For coverage in item 1 please choose coverage either P.A. 1 or P.A. 2																																																										
<input type="checkbox"/> ข้อ 1. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.บ. 1) Item 1. Loss of Life, Dismemberment, Loss of Sight or Total Permanent Disability (P.A. 1)																																																										
<input type="checkbox"/> ข้อ 1. เสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟัง การพูดออกเสียงหรือทุพพลภาพถาวร (อ.บ. 2) Item 1. Loss of Life, Dismemberment, Loss of Sight, Hearing, Speech or Permanent Disability (P.A. 2)																																																										
ข้อ 2. ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง ไม่เกิน.....สัปดาห์ Item 2. Total Temporary Disability Max. Weeks	ต่อสัปดาห์	วัน																																																								
ข้อ 3. ทุพพลภาพชั่วคราวบางส่วน ไม่เกิน.....สัปดาห์ Item 3. Partial Temporary Disability Max. Weeks	ต่อสัปดาห์	วัน																																																								
ข้อ 4. ค่ารักษาพยาบาลตลอดอุบัติเหตุแต่ละครั้ง Item 4. Medical Expenses Each Accident		บาท																																																								
** ข้อ 5. ผลประโยชน์กระดูกแตกหัก Item 5. Broken Bone																																																										
ความคุ้มครองอุบัติเหตุอันเกิดจากภัยธรรมชาติ Natural Disaster																																																										
ผลประโยชน์ค่าปลงศพ Cremation																																																										
	เบี้ยประกันภัยสำหรับภัยเพิ่มเติม Additional Premium																																																									
	ส่วนลดเบี้ยประกันภัย Premium Discount																																																									
	เบี้ยประกันภัยรวม Total Premium																																																									
5.	ต้องการให้มีการคุ้มครองภัยเพิ่มเติมดังนี้ Please include coverage on additional hazards as follows : <input type="checkbox"/> การขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ Driving or riding as a passenger on motorcycles <input type="checkbox"/> การโดยสารในฐานะผู้โดยสารอากาศยานที่มีผู้ประกอบการโดยสารการบินพาณิชย์ Traveling as a passenger in aircraft not operated by a commercial airline <input type="checkbox"/> การนัดหยุดงาน การจลาจล และการที่ประชาชนก่อความวุ่นวายถึงขนาดลุกฮือต่อต้านรัฐบาล Strike, Riot, and Civil Commotion <input type="checkbox"/> การเล่นหรือแข่งขันกีฬาอันตราย Playing or racing dangerous sport <input type="checkbox"/> การสงคราม ฯลฯ War, etc.																																																									

