

Individual Personal Accident (IPA) – Value

ใบคำขอเอาประกันภัย

อุบัติเหตุส่วนบุคคล (แผนสุดคุ้ม)

โบนัส! เพิ่มทุนประกัน 3% ทุกปีเมื่อต่ออายุ (ตลอด 5 ปีแรก)

คําค่า ราคาเริ่มต้นเพียง 2,469 บาท

คุ้มครองค่ารักษาพยาบาลกระดูกแตกหัก

"Claim Promise" หนึ่งเดียวในประเทศไทย*



AGI ช่วยคุณได้อย่างไร

- ลดภาระค่าใช้จ่าย เพราะค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นทุกปี
- ลดภาระความเสี่ยงทางการเงิน
- สบายใจและใช้ชีวิตได้เต็มที่ เพราะชีวิตประเมินค่าไม่ได้หากเกิดเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด เพื่อให้ครอบครัวยังมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

6 เหตุผลที่ควรเลือก AGI ให้ดูแลคุณ

- **โบนัส!** เพิ่มทุนประกัน 3% ทุกปีเมื่อต่ออายุ ตลอด 5 ปีแรก
- ผลประโยชน์อุบัติเหตุสาธารณะ
- คุ้มครองค่ารักษาพยาบาลจากการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์
- คุ้มครองค่ารักษาพยาบาลกระดูกแตกหักเนื่องจากอุบัติเหตุ
- ราคาคุ้มค่า มีแผนประกันภัยแบบแพ็คเกจและยืดหยุ่นได้ตรงตามความต้องการ
- เคลมเยี่ยม "Claim Promise" หนึ่งเดียวในประเทศไทย จ่ายเคลมเร็วภายใน 7 วัน*



บริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

IPA – Value ไม่ซ้ำซ้อนกับประกันอื่นอย่างไร

ALG x Cyborg



HAL Rehabilitation Cyborg: หุ่นยนต์เทคโนโลยีไซบอร์กเพื่อการรักษาอาการอื่นเนื่องมาจากอุบัติเหตุ

- **ประกันสังคม** เป็นสิทธิพยาบาลขั้นพื้นฐาน ดังนั้นประกันอุบัติเหตุเข้ามาช่วยเติมเต็มด้วยเครือข่ายโรงพยาบาลที่รองรับการเข้ารับการรักษาจากอุบัติเหตุกว่า 500 แห่ง คุ้มครองคุณตลอด 24 ชั่วโมง
- **ประกันสุขภาพ** ราคาเบี้ยสูงและอาจมีค่าใช้จ่ายส่วนแรก ดังนั้นประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลเป็นทางเลือกที่ดีในราคาที่ต่ำกว่า เพื่อให้เรายังมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นพื้นฐานอยู่ได้
- **ประกันชีวิต** ราคาเบี้ยสูงและผูกพันระยะยาว ดังนั้นประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลเป็นทางเลือกสำหรับผู้มองหาความคุ้มครองระยะสั้น 1 ปีโดยไม่ต้องซื้อทุนชีวิตแบบผูกพันหลายปี

IPA - Value แผนประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลที่มีความคุ้มครองครอบคลุมและออกแบบมาเพื่อคุณ



ความคุ้มครองดี

- คุ้มครองค่ารักษาพยาบาลจากการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์
- คุ้มครองค่ารักษาพยาบาลกระดูกแตกหักเนื่องจากอุบัติเหตุ
- ทุนประกันภัยสูงถึง 5,000,000 บาท
- คุ้มครองตั้งแต่อายุ 1 เดือน – 65 ปี ต่ออายุได้ถึง 70 ปี
- ชี้อภัย ได้ทรนธรรมเร็ว ตลอด 24 ชม. และมีบัตร ALG Care ที่ดูแลประกันใจ



เคลมเยี่ยม

- “Claim Promise” หนึ่งในเดียวในประเทศไทยจ่ายเคลมเร็วใน 7 วัน*
- ไม่ต้องสำรองจ่ายเมื่อเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเครือข่ายกว่า 500 แห่ง
- “สะดวก” มีบัตร ALG Care แบบอิเล็กทรอนิกส์ ไม่ต้องสำรองจ่ายค่ารักษาที่โรงพยาบาล ในเครือ



ราคาคุ้มค่า

- แผนประกันรูปแบบพิเศษที่ราคาเริ่มต้นเพียงหลักสิบบาทต่อวัน

โบนัส เพิ่มทุนประกัน 3% ทุกปีต่ออายุ ตลอด 5 ปีแรก



IPA – Value ให้คุณมากกว่าประกันอื่นอย่างไร

หัวข้อสำคัญ	IPA Value	ประกันสุขภาพ	ประกันชีวิต	ประกันสังคม
ราคาต่อปี(เริ่มต้น)	หลักพันบาท	หลักพันบาท	หลักหมื่นบาท	ไม่สามารถทำได้ทุกคน
โบนัส เพิ่มทุนประกัน 3% ทุกปีต่ออายุตลอด 5 ปีต่ออายุ	✓	✗	✗	✗
ไม่ต้องตรวจสุขภาพ สมัครจ่ายไม่ต้องแถลงข้อมูลสุขภาพ	✓	✗	✗	✓
“Claim Promise” หนึ่งในเดียวในประเทศไทยจ่ายเคลมเร็วภายใน 7 วัน*	✓	✗	✗	✗
ค่าเสียหายส่วนแรก	ไม่มี	มี	ไม่มี	ไม่มี
โรงพยาบาลในเครือข่าย	กว่า 500 แห่ง	100 – 500 แห่ง	100 – 500 แห่ง	sw.ที่ระบุในบัตร
“บัตร ALG Care” ไม่ต้องสำรองจ่ายค่ารักษาที่โรงพยาบาลในเครือ	ทุกคน	มีเงื่อนไข	ทุกคน	มีเงื่อนไข

หมายเหตุ : * Claims Promise หมายถึง การได้ใช้สิทธิสินไหมทดแทนเบื้องต้นภายใน 7 วัน สำหรับผลประโยชน์ทุกวงสาขาตามเงื่อนไขข้างต้น

ตารางผลประโยชน์และเบี้ยประกันภัย

ข้ออาชีว 1 (อาชีพที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในระดับต่ำ เจ้าของผู้ปฏิบัติงานด้านการบริหารหรืองานจัดการ งานเขียนหรืองานขาย ในธุรกิจหรือการค้าซึ่งส่วนใหญ่ทำงานประจำในสำนักงานและรวมทั้งหมดทำงาน 10 ปีขึ้นไปใช้เครื่องจักร)

ความคุ้มครอง	จำนวนเงินผลประโยชน์ (บาท)			
	รวมค่ารักษาพยาบาล			
	C1 (16-70 ปี)	C2 (16-70 ปี)	C3 (1 เดือน - 70 ปี)	C4 (1 เดือน - 70 ปี)
ผลประโยชน์การเสียชีวิตการสูญเสียชีวิตวัยวัย- สาวยตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.บ.1)	5,000,000	2,000,000	1,100,000	600,000
การจำกัดความรับผิด (การถูกขาดกรรมหรือถูก ทำร้ายร่างกาย) (อ.บ.5)	2,500,000	1,000,000	550,000	300,000
การขับขีหรือโดยสารรถจักรยานยนต์ (อ.บ.3.1)	2,500,000	1,000,000	550,000	300,000
ผลประโยชน์การรักษาพยาบาล (ต่ออุบัติเหตุแต่ละ ครั้ง)	40,000	30,000	20,000	10,000
ผลประโยชน์อุบัติเหตุสาธารณะ	5,000,000	2,000,000	-	-
ผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลกระดูกแตกหัก เนื่องจากอุบัติเหตุ	-	-	15,000	15,000
อัตราเบี้ยประกันภัยต่อคน/ปี (บาท) รวมภาษี 0% และอากรแสตมป์ 0.4%				
0-60 ปี (ไม่มีค่าเสียหายส่วนแรก)	13,829	7,312	4,056	2,469
61-65 ปี (ไม่มีค่าเสียหายส่วนแรก)	14,699	7,708	4,278	2,604
66-70 ปี (ไม่มีค่าเสียหายส่วนแรก) - ปีต่ออายุ	16,439	8,500	4,720	2,872

ข้ออาชีว 2 (อาชีพที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในระดับปานกลาง เจ้าของผู้ปฏิบัติงานด้านการบริหารหรือพนักงานในธุรกิจ หรือการค้าซึ่งทำงานนอกสำนักงานเป็นครั้งคราว หรือเป็นผู้ปฏิบัติงานทางอุตสาหกรรม ซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาชีพเฉพาะหรืออาชีพเฉพาะและบางครั้ง
อาจจะมีการใช้เครื่องจักร หรือเป็นผู้ปฏิบัติงานวิชาชีพที่ต้องทำงานกลางถึงกลาง 30-60 นาที)

ความคุ้มครอง	จำนวนเงินผลประโยชน์ (บาท)			
	รวมค่ารักษาพยาบาล			
	C1 (16-70 ปี)	C2 (16-70 ปี)	C3 (1 เดือน - 70 ปี)	C4 (1 เดือน - 70 ปี)
ผลประโยชน์การเสียชีวิตการสูญเสียชีวิตวัยวัย- สาวยตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.บ.1)	5,000,000	2,000,000	1,100,000	600,000
การจำกัดความรับผิด (การถูกขาดกรรมหรือถูก ทำร้ายร่างกาย) (อ.บ.5)	2,500,000	1,000,000	550,000	300,000
การขับขีหรือโดยสารรถจักรยานยนต์ (อ.บ.3.1)	2,500,000	1,000,000	550,000	300,000
ผลประโยชน์การรักษาพยาบาล (ต่ออุบัติเหตุแต่ละ ครั้ง)	40,000	30,000	20,000	10,000
ผลประโยชน์อุบัติเหตุสาธารณะ	5,000,000	2,000,000	-	-
ผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลกระดูกแตกหัก เนื่องจากอุบัติเหตุ	-	-	15,000	15,000
อัตราเบี้ยประกันภัยต่อคน/ปี (บาท) รวมภาษี 0% และอากรแสตมป์ 0.4%				
0-60 ปี (ไม่มีค่าเสียหายส่วนแรก)	16,004	8,303	4,610	2,805
61-65 ปี (ไม่มีค่าเสียหายส่วนแรก)	16,874	8,698	4,831	2,939
66-70 ปี (ไม่มีค่าเสียหายส่วนแรก) - ปีต่ออายุ	18,614	9,490	5,274	3,207

ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล (กรณีชำระเบี้ยประกันภัยรายปี)

ส่วนที่ 1 – ข้อมูลผู้ขอเอาประกันภัย

ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย: ชื่อ _____ อายุ _____ โจรศพ _____

ที่อยู่ _____

บัตรประชาชน/สูติบัตร บัตรข้าราชการ หนังสือเดินทาง ใบสำคัญประจำตัวคนต่างตัว

เลขที่ _____ ออกให้ ณ เขตหรืออำเภอ _____ จังหวัด _____ ประเทศ _____

อายุ (ปี)	วัน เดือน ปีเกิด	ความสูง (ซม.)	น้ำหนัก (กก.)	สัญชาติ

ชื่อ-นามสกุลของบิดา _____ ยังมีชีวิตอยู่ เสียชีวิต

ชื่อ-นามสกุลของมารดา _____ ยังมีชีวิตอยู่ เสียชีวิต

อาชีพ _____ ชั้นอาชีพ _____ เงินเดือน/ค่าจ้าง ปีละ _____ บาท

ผู้รับประโยชน์ _____ ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย _____ สัดส่วนของผลประโยชน์ _____

ระยะเวลาขอเอาประกันภัย เริ่มต้นวันที่ _____ เวลา _____ สิ้นสุดวันที่ _____ เวลา 24.00 น.

ข้อตกลงคุ้มครองและจำนวนเงินขอเอาประกันภัยที่ต้องการ แผน _____

ส่วนที่ 2 – ข้อตกลงคุ้มครองและจำนวนเงินขอเอาประกันภัย

ข้อตกลงคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	ความรับผิดชอบส่วนแรก (บาท)
ข้อ 1 ผลประโยชน์การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรืออวัยวะ ภาพดาวครึ่งซีก (อ.บ.1) ข้อ 2 ผลประโยชน์การรักษาพยาบาล (ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง) ข้อ 3 ผลประโยชน์การชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล (ต่อวัน) ข้อ 4 ผลประโยชน์อุบัติเหตุสาธารณะ		
ต้องการให้ความคุ้มครองภัยเพิ่มเติมดังนี้	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) สำหรับ ข้อ 1 (อ.บ.1)	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) สำหรับข้อ 2 การรักษาพยาบาล
<ul style="list-style-type: none"> o การขับขี่หรือซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ (อ.บ.3.1) o การถูกขูดถูกรถหรือถูกทำร้ายร่างกาย (อ.บ.5) o ค่าใช้จ่ายทันตกรรมเนื่องจากอุบัติเหตุการจากรางรถในขณะเป็นผู้เอา ประกันภัยเป็นผู้ขับขี่ หรือโดยสารรถยนต์หรือรถจักรยานยนต์ o ผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลกรณีถูกแตกหักเนื่องจากอุบัติเหตุ o ผลประโยชน์สำหรับการผลประโยชน์เงินปลอบขวัญรายวันกรณีต้อง พักรักษาตัวจากอุบัติเหตุในโรงพยาบาลเกินกว่า 5 วัน o ผลประโยชน์อุบัติเหตุการจากรางรถขณะอยู่ในรถยนต์ส่วนบุคคลเฉพาะที่ เกิดขึ้นในประเทศไทย o ค่าใช้จ่ายในการปรับปรุง ถัดแปลง และติดตั้งอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับ ที่อยู่อาศัยและ/หรือยานพาหนะส่วนบุคคลเพื่อความสะดวกในการ ดำรงชีพ o ผลประโยชน์พยาบาลค่าใช้จ่ายพิเศษเฉพาะภายในประเทศไทย (ต่อวัน) o ผลประโยชน์ค่าใช้จ่ายรถพยาบาล (สูงสุด 2 ครั้ง/กรมธรรม์) 		
เบี้ยประกันภัยรวมอากรแสตมป์และภาษี รวมทั้งสิ้น		

ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลไว้กับบริษัทโดยมีจำนวนเงินเอาประกันรวมเกิน 5 ล้านบาทหรือไม่
 ไม่มี มีหรือได้ขอ

ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัยหรือไม่
 ไม่เคย เคย

ท่านขับขี่หรือโดยสารจักรยานยนต์หรือไม่
 ไม่เป็น เป็นครั้งคราว เป็นประจำ

ชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย โดยผู้ปกครอง โดยผู้เอาประกันภัย: ชื่อ _____ อายุ _____
โทร. _____ ที่อยู่ _____

บัตรประชาชน/สูติบัตร บัตรข้าราชการ หนังสือเดินทาง ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว
เลขที่ _____ ออกให้ ณ เขตหรืออำเภอ _____ จังหวัด _____ ประเทศ _____

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าหากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยหรือบอกเลิกสัญญาประกันภัย

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้กับ บริษัท เออี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ในการร้องขอหรือทราบข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสุขภาพร่างกายของข้าพเจ้าได้จากแพทย์ โรงพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือองค์กรอื่นใด ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัทฯ หรือผู้แทนของบริษัทฯ และสำเนาภาพถ่ายของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการรับประกันภัย และมีสิทธิทำการขั้นสุดของพลีชีพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้

ข้าพเจ้าผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ท่านสามารถอ่านนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลได้ที่ www.aig.co.th/privacy-policy

กรณีผู้ชำระเบี้ย เป็น ผู้ขอเอาประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่.....

ไม่มีความประสงค์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

ลงลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

ตัวแทน นายหน้า ใบอนุญาตเลขที่ _____
 การประกันภัยโดยตรง



Application Form

Individual Personal Accident Insurance

Part 1 - Insured Person Information

Insured Person : Name _____ Age ____ Telephone No. _____

Address _____

Identity Card / Birth Certificate Government Card Passport Alien Certificate

No. _____ Issued at _____ Province _____ Country _____

Age	Date of Birth	Height (cm.)	Weight (kg.)	Nationality

Father's Name – Last Name _____ Alive Deceased

Mother's Name – Last Name _____ Alive Deceased

Occupation _____ Occupation Class _____ Annual Income _____ Baht

Beneficiary Information _____ Relationship _____ % of Benefit _____

Effective Date _____ at _____ hrs. To _____ at 24.00 hrs.

Please select the plan _____ Total Premium _____ Baht

Part 2 – Coverage and Premium

Coverage	Sum Assured (Baht)	Deductible (Baht)
1. Loss of Life, Dismemberment, Loss of Sight or Permanent Total Disability (Or Bor 1) 2. Medical Expenses (Each Accident) 3. Hospital Indemnity Benefit (per day) 4. Public Accident Benefit		
Additional Coverage	Sum Assured (Baht) For Or Bor 1	Sum Assured (Baht) For Medical Expenses
<input type="checkbox"/> Driving or Riding as a passenger on Motorcycle (Or Bor 3.1) <input type="checkbox"/> Limited Cover (Murder and Assault) (Or Bor 3.1) <input type="checkbox"/> Dental Treatment for Injury Sustained after a Road Traffic Accident <input type="checkbox"/> Medical Expenses for Fractures <input type="checkbox"/> Convalescence (per day, max. 30 days/occurrence) <input type="checkbox"/> Road Traffic Accident in Personal Car <input type="checkbox"/> Lifestyle Maintenance Care Giving Support (per day, max. 30 days/occurrence) <input type="checkbox"/> Ambulance Fees (max. 2 times/policy period)		
Total Premium (Includes Tax and Stamp duty)		



Do you have or have proposed for personal accident insurance with the company with the total sum insured more than 5 Million Baht?

No Yes

Have you ever been canceled personal accident insurance or had renewal declined for such insurance?

No Yes

Do you drive or ride as a passenger on motorcycle?

No Occasional Regularly

Premium Payer Insured's Parent Insured : Name _____ Age _____

Telephone No. _____ Address _____

IdentityCard / Birth Certificate Government Card Passport Alien Certificate

No. _____ Issued at _____ Province _____ Country _____

I declare and warrants that the above answers are true in all respects Any nondisclosure shall make the policy issued hereunder voidable. The company has the right to void the contract. I authorize AIG Insurance (Thailand) Public Company Limited to request or know news about medical history and physical condition from physicians, hospitals, other insurance companies or any other organization in the past or going forward in the future disclose facts to the company or company's representative.

The company reserves the right to check medical history and diagnosis of the Insured, and has the right to conduct an autopsy, within the limits of the law, in case of death, and the expense incurred will be paid by the company.

If the insured person does not allow the company to investigate his claim or does not give permission to access his/her medical record or diagnosis, the company reserves the right not to pay such claims.

The Applicant allows the company to collect, use and reveal the truth about the Applicant's information to the Office of Insurance Commission (OIC) in order to regulate the insurance industry.

Please find the privacy policy at www.aig.co.th/privacy-policy

Tax Consent

Would you like to claim for personal income tax deduction with this insurance premium?

Yes, and I permit the insurer to send and reveal the information about this insurance premium to the Revenue Department in accordance with the requirements imposed by the Revenue Department. In case Non-Thai Residence, please give your taxpayer ID number Taxpayer ID Number

No

I warrant that the above statements are true and correct and agree that this proposal shall be the basis of the contract between me and the company.

.....
Signature of the Applicant

.....
Signature of Legal Representative

Date.....Month.....Year.....

Staff only

Agent Broker License No. _____
 Direct Customer

บริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
 AIG Insurance (Thailand) Public Company Limited
 สำนักงานใหญ่ ชั้น 21-23 อาคารสยามพิวรรณ์ทาวเวอร์ เลขที่ 989 ถนนพระราม 1
 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
 Head office, 21st - 23rd Floor, Siam Piwat Tower, 989 Rama I Road,
 Patumwan, Bangkok 10330, Thailand
 เลขทะเบียนนิติบุคคล | Business Registration No. 0107554000283
 เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร | Tax ID. 0107554000283

Website: www.aig.co.th

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม และให้บริการทางโทรศัพท์

ศูนย์บริการลูกค้าสัมพันธ์ | Contact Center
 โทร./Tel. 0 2649 1999 โทรสาร/Fax. 0 2649 1998
 อีเมล/E-mail: Thailand.cc@aig.com

แนะนำช่องทางบริการ ติดต่อเรื่องร้องเรียน | Complaint and feedback channel

โทร./Tel. 0 2649 1596 โทรสาร/Fax. 0 2649 1998
 อีเมล/E-mail: complaint.th@aig.com



- เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย และไม่ถือเป็นสัญญาประกันภัย | The brochure is not a contract of insurance.
- ความคุ้มครองและผลประโยชน์ที่บุคคลผู้เอาประกันภัยจะได้รับขึ้นอยู่กับข้อกำหนด เงื่อนไข และข้อกำหนดที่ระบุในกรมธรรม์ประกันภัย และแผนความคุ้มครองที่ได้เลือกซื้อไว้ (หากมี) | All benefits and coverages are subject to the policy terms, conditions, exclusions and to the limits indicated under the selected plan (if any).
- ท่านสามารถอ่านนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลได้ที่ www.aig.co.th/privacy-policy | Please find the privacy policy at www.aig.co.th/en/privacy-policy

คำแนะนำ: ผู้ซื้อควรศึกษาและทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครองและเงื่อนไขก่อนการตัดสินใจเลือกซื้อประกันภัยทุกครั้ง
 Please ensure you read carefully and understand the Insurance Coverages and Conditions prior to making a decision.

American International Group, Inc. (AIG) is a leading global insurance organization. AIG member companies provide a wide range of property casualty insurance, life insurance, retirement solutions, and other financial services to customers in approximately 80 countries and jurisdictions. These diverse offerings include products and services that help businesses and individuals protect their assets, manage risks and provide for retirement security. AIG common stock is listed on the New York Stock Exchange.

Additional information about AIG can be found at www.aig.com | YouTube: www.youtube.com/aig | Twitter: [@AIGinsurance](https://twitter.com/AIGinsurance) www.twitter.com/AIGinsurance | LinkedIn: www.linkedin.com/company/aig. These references with additional information about AIG have been provided as a convenience, and the information contained on such websites is not incorporated by reference herein.

AIG is the marketing name for the worldwide property-casualty, life and retirement, and general insurance operations of American International Group, Inc. For additional information, please visit our website at www.aig.com. All products and services are written or provided by subsidiaries or affiliates of American International Group, Inc. Products or services may not be available in all countries and jurisdictions, and coverage is subject to underwriting requirements and actual policy language. Non-insurance products and services may be provided by independent third parties. Certain property-casualty coverages may be provided by a surplus lines insurer. Surplus lines insurers do not generally participate in state guaranty funds, and insureds are therefore not protected by such funds.