

Individual Personal Accident(IPA) – Safe Drive

ใบคำขอเอาประกันภัย

อุบัติเหตุส่วนบุคคล (แผนขับซิปปลอดภัย)

โบนัส! เพิ่มทุนประกัน 3% ทุกปีเมื่อต่ออายุ (ตลอด 5 ปีแรก)

X2 ทุนประกันเมื่อเสียชีวิตจากอุบัติเหตุขณะอยู่ในรถยนต์ส่วนบุคคล

เพิ่ม! เงินปลอบขวัญรายวันกรณีต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเกินกว่า 5 วัน

เพิ่ม! ค่าใช้จ่ายทันตกรรมจากอุบัติเหตุ การจากรางในขณะขับซิป หรือโดยสารรถยนต์ หรือรถจักรยานยนต์

คุ้มครองค่ารักษาพยาบาลกระดูกแตกหัก

"Claim Promise" หนึ่งเดียวในประเทศไทย*



AIG ช่วยคุณได้อย่างไร

- ลดภาระค่าใช้จ่าย เพราะค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นทุกปี
- ลดภาระความเสี่ยงทางการเงิน
- สบายใจและใช้ชีวิตได้เต็มที่ เพราะชีวิตประเมินค่าไม่ได้หากเกิดเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด เพื่อให้ครอบครัวยังมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

9 เหตุผลที่ควรเลือก AIG ให้ดูแลคุณ

- **โบนัส!** เพิ่มทุนประกัน 3% ทุกปีเมื่อต่ออายุ ตลอด 5 ปีแรก
- **X2** ผลประโยชน์อุบัติเหตุการจากรางขณะอยู่ในรถยนต์ส่วนบุคคลเฉพาะที่เกิดขึ้นในประเทศไทย
- **เพิ่ม!** ผลประโยชน์เงินปลอบขวัญรายวันกรณีต้องพักรักษาตัวจากอุบัติเหตุในโรงพยาบาลเกินกว่า 5 วัน
- **เพิ่ม!** ค่าใช้จ่ายทันตกรรมเนื่องจากอุบัติเหตุการจากรางในขณะขับซิป หรือโดยสารรถยนต์หรือรถจักรยานยนต์
- ผลประโยชน์การชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล
- คุ้มครองค่ารักษาพยาบาลกระดูกแตกหักเนื่องจากอุบัติเหตุ
- ราคาคุ้มค่า มีแผนประกันภัยแบบแฟล็กแอนด์ฮัตช์ได้ตรงตามความต้องการ
- คุ้มครองค่ารักษาพยาบาลกระดูกแตกหักเนื่องจากอุบัติเหตุ
- เคลมเยี่ยม "Claim Promise" หนึ่งเดียวในประเทศไทย จ่ายเคลมเร็วภายใน 7 วัน*



บริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

หมายเหตุ : เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย และไม่ถือเป็นสัญญาประกันภัยความคุ้มครองและผลประโยชน์ที่บุคคลผู้เอาประกันภัยจะได้รับขึ้นอยู่กับข้อกำหนด เงื่อนไข และข้อกำหนดที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัย และแผนความคุ้มครองที่เลือกซื้อไว้ (หากมี)
* Claims Promise หมายถึง การชดเชยค่าสินไหมทดแทนเบื้องต้นภายใน 7 วัน สำหรับผลประโยชน์ที่ผู้เอาประกันภัยได้รับ

IPA – Safe Drive ไม่ซ้ำซ้อนกับประกันอื่นอย่างไร

- **ประกันสังคม** เป็นสิทธิพยาบาลขั้นพื้นฐาน ดังนั้นประกันอุบัติเหตุเข้ามาช่วยเติมเต็มด้วยเครือข่ายโรงพยาบาลที่รองรับการเข้ารับการรักษาจากอุบัติเหตุกว่า 500 แห่ง คุ้มครองคนตลอด 24 ชั่วโมง
- **ประกันสุขภาพ** ราคาเบี้ยสูงและอาจมีค่าใช้จ่ายส่วนแรก ดังนั้นประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลเป็นทางเลือกที่ดีในราคาที่ต่ำกว่า เพื่อให้เรายังมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นพื้นฐานอยู่ได้
- **ประกันชีวิต** ราคาเบี้ยสูงและผูกพันระยะยาว ดังนั้นประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลเป็นทางเลือกสำหรับผู้มองหาความคุ้มครองระยะสั้น 1 ปี โดยไม่ต้องซื้อประกันแบบผูกพัน **ประกันรถยนต์** คุ้มครองรถยนต์เป็นหลัก....

ALG x Cyborg



HAL Rehabilitation Cyborg:
หุ่นยนต์เทคโนโลยีไซบอร์กเพื่อการรักษา
อาการอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ

IPA – Safe Drive แผนประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลที่มีความคุ้มครองครอบคลุมและออกแบบมาเพื่อคุณ



ความคุ้มครองดี

- คุ้มครองอุบัติเหตุขณะอยู่ในรถยนต์ส่วนบุคคล
- ชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล
- ผลประโยชน์เงินปลอบขวัญรายวันกรณีต้องพักรักษาตัวจากอุบัติเหตุในโรงพยาบาลเกินกว่า 5 วัน
- คุ้มครองค่ารักษาพยาบาลกรณีถูกแตกหักเนื่องจากอุบัติเหตุ
- ค่าใช้จ่ายทันตกรรมเนื่องจากอุบัติเหตุการจากรงในขณะที่ยังเป็นผู้ขับขี่หรือโดยสารรถยนต์หรือรถจักรยานยนต์
- ทุนประกันสูงถึง 5,000,000 บาท
- คุ้มครองตั้งแต่อายุ 1 เดือน – 65 ปี ต่ออายุได้ถึง 70 ปี
- ชี้อย่างได้กรรมธรรมเร็ว ตลอด 24 ชม. และมีบัตร ALG Care ที่ดูแลประทับใจ



เคลมเยี่ยม

- “Claim Promise” หนึ่งในเดียวในประเทศไทย จ่ายเคลมเร็วภายใน 7 วัน*
- ไม่ต้องสำรองจ่ายเมื่อเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเครือข่ายกว่า 500 แห่ง
- “สะดวก” มี บัตร ALG Care แบบอิเล็กทรอนิกส์ ไม่ต้องพกบัตร
- ไม่ต้องสำรองจ่ายค่ารักษาที่โรงพยาบาล ในเครือ



ราคาคุ้มค่า

- แผนประกันรูปแบบแพ็คเกจที่ราคาเริ่มต้นเพียงหลักสิบบาทต่อวัน

*โบนัส เพิ่มทุนประกัน 3% ทุกปีต่ออายุ
ตลอด 5 ปีแรก



IPA – Safe Drive ให้คุณมากกว่าประกันอื่นอย่างไร

หัวข้อสำคัญ	ประกันภัยรถยนต์	Safe Drive
ความคุ้มครองอุบัติเหตุ	ถ้าเป็นฝ่ายผิด ได้รับเพียงบางความคุ้มครอง	ไม่ต้องห่วงแม้เป็นฝ่ายผิด ได้รับครบทุกความคุ้มครอง
โบนัส เพิ่มทุนประกัน 3% ทุกปีต่ออายุ ตลอด 5 ปีแรก	✗	✓
ไม่ต้องตรวจสุขภาพ สมัครง่ายไม่ต้องแถลงข้อมูลสุขภาพ	✓	✓
X2 ทุนประกันเมื่อเสียชีวิตจากอุบัติเหตุขณะอยู่ในรถยนต์ส่วนบุคคล	✗	✓
เพิ่ม! ค่าใช้จ่ายทันตกรรมเนื่องจากอุบัติเหตุการจากรงในขณะที่ยังเป็นผู้ขับขี่ หรือโดยสารรถยนต์หรือรถจักรยานยนต์	✗	✓ (สูงสุด 50,000 บาท)
“Claim Promise” หนึ่งในเดียวในประเทศไทย จ่ายเคลมเร็วภายใน 7 วัน*	✗	✓
ผลประโยชน์เงินปลอบขวัญรายวันกรณีต้องพักรักษาตัวจากอุบัติเหตุในโรงพยาบาลเกินกว่า 5 วัน	✗	✓ (สูงสุด 1,250 บาท/วัน)

ตารางผลประโยชน์และเบี้ยประกันภัย

ขั้นอาชีพ 1 (อาชีพที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในระดับต่ำ เจ้าของ ผู้ปฏิบัติงานด้านการบริหารหรืองานจัดการ งานเสียบินหรืองานขาย ในธุรกิจหรือการค้าซึ่งส่วนใหญ่ทำงานประจำในสำนักงาน และรวมถึงการทำงานฝีมือที่ไม่ใช่เครื่องจักร)

ความคุ้มครอง	จำนวนเงินผลประโยชน์ (บาท)			
	รวมค่ารักษาพยาบาล			
	A1 (16-70 ปี)	A2 (16-70 ปี)	A3 (1 เดือน - 70 ปี)	A4 (1 เดือน - 70 ปี)
ผลประโยชน์การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สลายตา หรือ ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.บ.1)	5,000,000	2,000,000	1,100,000	600,000
การจำกัดความรับผิด (การถูกขาดกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย) (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 (ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง)	100,000	100,000	100,000	40,000
ผลประโยชน์การชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล (ต่อวัน)	2,500	1,500	500	250
ผลประโยชน์เงินปลอบขวัญรายวันกรณีต้องพักรักษาตัวจากอุบัติเหตุในโรงพยาบาลเกินกว่า 5 วัน (ต่อวัน)	1,250	750	250	125
ผลประโยชน์อุบัติเหตุการจากรางรถขณะอยู่ในรถยนต์ส่วนบุคคลเฉพาะที่เกิดขึ้นในประเทศไทย	5,000,000	2,000,000	1,100,000	600,000
ผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลกรณีถูกแตกหักเนื่องจากอุบัติเหตุ	25,000	15,000	15,000	15,000
ค่าใช้จ่ายทันตกรรมเนื่องจากอุบัติเหตุการจากรางรถในขณะที่ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้ขับขี่ หรือโดยสารรถยนต์หรือรถจักรยานยนต์	50,000	30,000	10,000	5,000
อัตราเบี้ยประกันภัยต่อคน/ปี (บาท) รวมภาษี 0% และอากรแสตมป์ 0.4%				
0-60 ปี (ไม่มีค่าเสียหายส่วนแรก)	19,500	11,261	7,779	4,028
61-65 ปี (ไม่มีค่าเสียหายส่วนแรก)	20,964	12,030	8,297	4,291
66-70 ปี (ไม่มีค่าเสียหายส่วนแรก) - ปีต่ออายุ	23,891	13,568	9,330	4,818

ขั้นอาชีพ 2 (อาชีพที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในระดับปานกลาง เจ้าของ ผู้ปฏิบัติงานด้านการจัดการหรือพนักงานในธุรกิจหรือการค้าซึ่งทำงานนอกสำนักงานเป็นครั้งคราว หรือเป็นผู้ปฏิบัติงานทางด้านอุตสาหกรรม ซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาชีพเฉพาะหรือทั้งอาชีพเฉพาะและบางครั้งอาจจะมีการใช้เครื่องจักร หรือเป็นผู้ปฏิบัติงานที่ใช้วิชาชีพที่ต้องทำงานกลางแจ้งเกือบตลอดเวลา)

ความคุ้มครอง	จำนวนเงินผลประโยชน์ (บาท)			
	รวมค่ารักษาพยาบาล			
	A1 (16-70 ปี)	A2 (16-70 ปี)	A3 (1 เดือน - 70 ปี)	A4 (1 เดือน - 70 ปี)
ผลประโยชน์การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สลายตา หรือ ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.บ.1)	5,000,000	2,000,000	1,100,000	600,000
การจำกัดความรับผิด (การถูกขาดกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย) (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 (ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง)	100,000	100,000	100,000	40,000
ผลประโยชน์การชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล (ต่อวัน)	2,500	1,500	500	250
ผลประโยชน์เงินปลอบขวัญรายวันกรณีต้องพักรักษาตัวจากอุบัติเหตุในโรงพยาบาลเกินกว่า 5 วัน (ต่อวัน)	1,250	750	250	125
ผลประโยชน์อุบัติเหตุการจากรางรถขณะอยู่ในรถยนต์ส่วนบุคคลเฉพาะที่เกิดขึ้นในประเทศไทย	5,000,000	2,000,000	1,100,000	600,000
ผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลกรณีถูกแตกหักเนื่องจากอุบัติเหตุ	25,000	15,000	15,000	15,000
ค่าใช้จ่ายทันตกรรมเนื่องจากอุบัติเหตุการจากรางรถในขณะที่ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้ขับขี่ หรือโดยสารรถยนต์หรือรถจักรยานยนต์	50,000	30,000	10,000	5,000
อัตราเบี้ยประกันภัยต่อคน/ปี (บาท) รวมภาษี 0% และอากรแสตมป์ 0.4%				
0-60 ปี (ไม่มีค่าเสียหายส่วนแรก)	23,159	13,183	9,072	4,686
61-65 ปี (ไม่มีค่าเสียหายส่วนแรก)	24,623	13,952	9,588	4,949
66-70 ปี (ไม่มีค่าเสียหายส่วนแรก) - ปีต่ออายุ	27,549	15,489	10,622	5,477

ใบคำขอเอาประกันภัย
กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล PA Guard (กรณีชำระเบี้ยประกันภัยรายปี)

ส่วนที่ 1 – ข้อมูลผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย : ชื่อ _____ อายุ _____ โทรศัพท์ _____
ที่อยู่ _____ อีเมล _____
☐ บัตรประชาชน/สูติบัตร ☐ บัตรข้าราชการ ☐ หนังสือเดินทาง ☐ ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว
เลขที่ _____ ออกให้ ณ เขตหรืออำเภอ _____ จังหวัด _____ ประเทศ _____

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

ชื่อ-นามสกุลของบิดา _____ ☐ ยังมีชีวิตอยู่ ☐ เสียชีวิต
ชื่อ-นามสกุลของมารดา _____ ☐ ยังมีชีวิตอยู่ ☐ เสียชีวิต
ผู้รับประโยชน์ : ชื่อ _____ ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย _____ สัดส่วนของผลประโยชน์ _____
บัตรประชาชนเลขที่ _____
ระยะเวลาขอเอาประกันภัย เริ่มต้นวันที่ _____ เวลา _____ สิ้นสุดวันที่ _____ เวลา 24.00 น.
ข้อตกลงคุ้มครองและจำนวนเงินขอเอาประกันภัยที่ต้องการ แผน _____

ส่วนที่ 2 – ข้อตกลงคุ้มครองและจำนวนเงินขอเอาประกันภัย

ข้อตกลงคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	ความรับผิดชอบส่วนแรก (บาท)
ข้อ 1 ผลประโยชน์การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สลายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.บ.1) ข้อ 2 ผลประโยชน์การรักษาพยาบาล (ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง) ข้อ 3 ผลประโยชน์การชดเชยรายได้ระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาล (ต่อวัน) ข้อ 4 ผลประโยชน์อุบัติเหตุสาธารณะ		
ต้องการให้ความคุ้มครองภัยเพิ่มเติมดังนี้	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) สำหรับ ข้อ 1 (อ.บ.1)	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) สำหรับข้อ 2 การรักษาพยาบาล
○ การขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ (อ.บ.3.1) ○ การถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย (อ.บ.5) ○ ค่าใช้จ่ายทันตกรรมเนื่องจากอุบัติเหตุการจราจรในขณะที่ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้ขับขี่ หรือโดยสารรถยนต์หรือรถจักรยานยนต์ ○ ผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลกรณีถูกแตกหักเนื่องจากอุบัติเหตุ ○ ผลประโยชน์สำหรับการผลประโยชน์เงินปลอมขวัญรายวันกรณีต้องพักรักษาตัวจากอุบัติเหตุในโรงพยาบาลเกินกว่า 5 วัน ○ ผลประโยชน์อุบัติเหตุการจราจรขณะอยู่ในรถยนต์ส่วนบุคคลเฉพาะที่เกิดขึ้นในประเทศไทย ○ ค่าใช้จ่ายในการปรับปรุง ดัดแปลง และติดตั้งอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับที่อยู่อาศัยและ/หรือยานพาหนะส่วนบุคคลเพื่อความสะดวกในการดำรงชีพ ○ ผลประโยชน์ค่าใช้ยารักษาเฉพาะภายในประเทศไทย (ต่อวัน) ○ ผลประโยชน์ค่าใช้ยารักษาพยาบาล (สูงสุด 2 ครั้ง/กรมธรรม์)		
เบี้ยประกันภัยรวมอากรแสตมป์และภาษี รวมทั้งสิ้น		

ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลไว้กับบริษัทโดยมีจำนวนเงินเอาประกันภัยรวมเกิน 5 ล้านบาทหรือไม่
☐ ไม่มี ☐ มีหรือได้ขอ

ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัยหรือไม่
☐ ไม่เคย ☐ เคย

ท่านขับซึ่หรือโดยสารจักรยานยนต์หรือไม่
☐ ไม่ ☐ เป็นครั้งคราว ☐ เป็นประจำ

ชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ☐ โดยผู้ปกครอง ☐ โดยผู้เอาประกันภัย: ชื่อ _____ อายุ _____

โทร. _____ ที่อยู่ _____

☐ บัตรประชาชน/สูติบัตร ☐ บัตรข้าราชการ ☐ หนังสือเดินทาง ☐ ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว

เลขที่ _____ ออกให้ ณ เขตหรืออำเภอ _____ จังหวัด _____ ประเทศ _____

☐ ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ รวมถึงข้อมูลที่ได้ให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิออกคำสั่งสัญญาประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้กับ บริษัท เออีจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ในการร้องขอหรือทราบข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสุขภาพร่างกายของข้าพเจ้าได้จากแพทย์ โรงพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือองค์กรอื่นใด ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต เพื่อเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท ผู้ได้รับมอบอำนาจเฉพาะจากบริษัท

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัย และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้

☐ ข้าพเจ้าผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะเลือกรับกรมธรรม์ประกันภัยผ่านช่องทางใด

☐ รับเป็น e-policy ทางอีเมล (Email) ที่ระบุไว้ ☐ รับเป็นเอกสารโดยส่งทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ที่ระบุไว้

กรณีผู้ชำระเบี้ย เป็น ผู้ขอเอาประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

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

☐ ไม่มีความประสงค์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

ลงลายมือชื่อผู้ให้ความยินยอมในฐานะบิดา/มารดา
หรือผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

☐

ตัวแทนประกันวินาศภัย

☐

นายหน้าประกันวินาศภัย

ใบอนุญาตเลขที่ _____

☐

การประกันภัยโดยตรง

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิออกคำสั่งสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865



ใบคำขอเอาประกันภัย
กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล PA Guard (กรณีชำระเบี้ยประกันภัยรายปี)

ส่วนที่ 1 – ข้อมูลผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย : ชื่อ _____ อายุ _____ โภคภัณฑ์ _____

ที่อยู่ _____ อีเมล _____

☐ บัตรประชาชน ☐ บัตรข้าราชการ ☐ หนังสือเดินทาง ☐ ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว

เลขที่ _____ ออกให้ ณ เขตหรืออำเภอ _____ จังหวัด _____ ประเทศ _____

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

อาชีพ _____ ชั้นอาชีพ _____ เงินเดือน/ค่าจ้าง ปีละ _____ บาท

ผู้รับประกันภัย : ชื่อ _____ ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย _____ สัดส่วนของผลประโยชน์ _____

บัตรประชาชนเลขที่ _____

ระยะเวลาขอเอาประกันภัย เริ่มต้นวันที่ _____ เวลา _____ สิ้นสุดวันที่ _____ เวลา 24.00 น.

ข้อตกลงคุ้มครองและจำนวนเงินขอเอาประกันภัยที่ต้องการ แผน _____

ส่วนที่ 2 – ข้อตกลงคุ้มครองและจำนวนเงินขอเอาประกันภัย

ข้อตกลงคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	ความรับผิดชอบส่วนแรก (บาท)
ข้อ 1 ผลประโยชน์การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สูญเสีย หรือทุพพลภาพถาวร สิ้นเชิง (อ.บ.1) ข้อ 2 ผลประโยชน์การรักษาพยาบาล (ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง) ข้อ 3 ผลประโยชน์การชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล (ต่อวัน) ข้อ 4 ผลประโยชน์อุบัติเหตุสาธารณะ		
ต้องการให้มีความคุ้มครองภัยเพิ่มเติมดังนี้	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) สำหรับ ข้อ 1 (อ.บ.1)	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) สำหรับข้อ 2 การรักษาพยาบาล
- การขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ (อ.บ.3.1) - การถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย (อ.บ.5) - ค่าใช้จ่ายทันตกรรมเนื่องจากอุบัติเหตุการจราจรในขณะที่ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้ ขับขี่ หรือโดยสารรถยนต์หรือรถจักรยานยนต์ - ผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลกรณีถูกแตกหักเนื่องจากอุบัติเหตุ - ผลประโยชน์สำหรับการผลประโยชน์เงินปลอบขวัญรายวันกรณีต้องพักรักษา ตัวจากอุบัติเหตุในโรงพยาบาลเกินกว่า 5 วัน - ผลประโยชน์อุบัติเหตุการจราจรขณะอยู่ในรถยนต์ส่วนบุคคลเฉพาะที่เกิดขึ้นใน ประเทศไทย - ค่าใช้จ่ายในการปรับปรุง ถัดแปลง และติดตั้งอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับที่อยู่อาศัย และ/หรือยานพาหนะส่วนบุคคลเพื่อความสะดวกในการดำรงชีพ - ผลประโยชน์พยาบาลผู้ป่วยไข้พิเศษเฉพาะภายในประเทศไทย (ต่อวัน) - ผลประโยชน์ค่าใช้จ่ายรถพยาบาล (สูงสุด 2 ครั้ง/กรมธรรม์)		
เบี้ยประกันภัยรวมอากรมแสดงปีและภาษี รวมทั้งสิ้น		

ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลไว้กับบริษัทโดยมีจำนวนเงินเอาประกันภัยรวมเกิน 5 ล้านบาทหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มีหรือได้ขอ

ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัยหรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย

ท่านขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์หรือไม่

☐ ไม่ ☐ เป็นครั้งคราว ☐ เป็นประจำ

ชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ☐ โดยผู้เอาประกันภัย ☐ โดยบุตร/บุตรบุญธรรม: ชื่อ _____ อายุ _____

โทร. _____ ที่อยู่ _____

☐ บัตรประชาชน/สูติบัตร ☐ บัตรข้าราชการ ☐ หนังสือเดินทาง ☐ ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว

เลขที่ _____ ออกให้ ณ เขตหรืออำเภอ _____ จังหวัด _____ ประเทศ _____

- ☐ ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ รวมถึงตัวอย่างที่ได้ให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัย
- ข้าพเจ้ายินยอมให้กับ บริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ในการร้องขอหรือทราบข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสุขภาพร่างกายของข้าพเจ้าได้จากแพทย์ โรงพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือองค์กรอื่นใด ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต เพื่อเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท ผู้ได้รับมอบอำนาจเฉพาะจากบริษัท
- บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัย และมีสิทธิทำการสิ้นสุดผลึกพินทรณินที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท
- ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกฎหมายคุ้มครองผู้เอาประกันภัยแก่ผู้เอาประกันภัยได้
- ☐ ข้าพเจ้าผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย
- ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะเลือกรับกรมธรรม์ประกันภัยผ่านช่องทางใด
- ☐ รับเป็น e-policy ทางอีเมล (Email) ที่ระบุไว้ ☐ รับเป็นเอกสารโดยส่งทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ที่ระบุไว้

กรณีผู้ชำระเบี้ย เป็น ผู้ขอเอาประกันภัย

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

กรณีผู้ชำระเบี้ย เป็น บุตร/บุตรบุญธรรม

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อกรมสรรพากรเพื่อการขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่ ☐ ยินยอมให้ส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรโปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่..... ☐ ไม่ยินยอม ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรจากกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้หรือไม่ ☐ มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรโปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่ ☐ ไม่มีความประสงค์ ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย
--	---

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท

.....

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

.....

ลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

สำหรับเจ้าหน้าที่	☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย	☐ นายหน้าประกันวินาศภัย	ใบอนุญาตเลขที่
	☐ การประกันภัยโดยตรง		

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865



Application Form

Individual Personal Accident Insurance PA Guard (For Annual Premium Payment)

Part1 - Insured Person Information

Insured Person : Name _____ Age _____ Telephone No. _____

Address _____ Email _____

☐ 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

Beneficiary : Name _____ Relationship _____ % of Benefit _____

Identity Card No. _____

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
○ Driving or Riding as a passenger on Motorcycle (Or Bor 3.1) ○ Limited Cover (Murder and Assault) (Or Bor 3.1) ○ Dental Treatment for Injury Sustained after a Road Traffic Accident ○ Medical Expenses for Fractures ○ Convalescence (per day, max. 30 days/occurrence) ○ Road Traffic Accident in Personal Car ○ Lifestyle Maintenance ○ Care Giving Support (per day, max. 30 days/occurrence) ○ 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 _____

☐ Identity Card / 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.

☐ 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.

Which channel the applicant prefer to receive the insurance policy?

☐ e-policy as specified email ☐ Post mail as specified address

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 Parent/Legal Representative
(In case Insured is underage)

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

Staff only

☐

Agent

☐

Broker

License No. _____

☐

Direct Customer

WARNING: Office of Insurance Commission (OIC.)

The applicant should disclose all the facts you know. Any nondisclosure shall make the policy issued hereunder voidable. The company has the right to void the contract according to the Civil Commercial Code Section 865



Application Form

Individual Personal Accident Insurance PA Guard (For Annual Premium Payment)

Part1 - Insured Person Information

Insured Person : Name _____ Age _____ Telephone No. _____

Address _____ Email _____

☐ Identity Card ☐ Government Card ☐ Passport ☐ Alien Certificate

No. _____ Issued at _____ Province _____ Country _____

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

Occupation _____ Occupation Class _____ Annual Income _____ Baht

Beneficiary : Name _____ Relationship _____ % of Benefit _____

Identity Card No. _____

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
○ Driving or Riding as a passenger on Motorcycle (Or Bor 3.1) ○ Limited Cover (Murder and Assault) (Or Bor 3.1) ○ Dental Treatment for Injury Sustained after a Road Traffic Accident ○ Medical Expenses for Fractures ○ Convalescence (per day, max. 30 days/occurrence) ○ Road Traffic Accident in Personal Car ○ Lifestyle Maintenance ○ Care Giving Support (per day, max. 30 days/occurrence) ○ 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 _____

☐ Identity Card / 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.

☐ 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.

Which channel the applicant prefer to receive the insurance policy?

☐ e-policy as specified email ☐ Post mail as specified address

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

Tax consent – In case premium payer is Child/Protege

The applicant allows the Insurer to send and reveal my personal data to the Revenue Department in order to file for income tax deduction as an insurance premium payer according to the Tax law ☐ Yes, and I permit the insurer to send and reveal the information about this insurance premium to the Revenue Department for the purpose of income tax deduction. Data format and process flow are in accordance with the requirements imposed by the Revenue Department. Please give your taxpayer ID number ☐ No The applicant's signature	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. Data format and process flow are in accordance with the requirements imposed by the Revenue Department. Please give your taxpayer ID number ☐ No Premium payer's signature
---	--

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 อาคารสยามพวรวรรณทาวเวอร์ 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

แนะนำติชมการบริการ 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.
- คุ้มครองและผลประโยชน์ที่บุคคลผู้เอาประกันภัยจะได้รับขึ้นอยู่กับข้อกำหนด เงื่อนไข และข้อกำหนดที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัย 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.