

Request to amend information concerning policy

คำขอเปลี่ยนแปลงรายละเอียดกรมธรรม์

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่/Contract No. _____

ชื่อผู้เอาประกันภัย(Subscriber) / ชื่อบริษัท (Company name) _____

ต้องการแจ้งทำการเปลี่ยนแปลงแก้ไขเรื่อง / Request to amend information concerning about :

1. ชื่อ-นามสกุล / First Name & Last Name	1.เดิม ชื่อ/Name _____ นามสกุล/Last Name _____ ใหม่/New ชื่อ/Name _____ นามสกุล/Last Name _____ 2.เดิม ชื่อ/Name _____ นามสกุล/Last Name _____ ใหม่/New ชื่อ/Name _____ นามสกุล/Last Name _____
2. ชื่อบริษัท / Company name วันที่มีผลบังคับ / Effective date	_____ Date : _____
3. ที่อยู่ / Address	_____ _____ _____
4.เบอร์โทรศัพท์,เบอร์แฟกซ์ / Tel, Fax No.	โทร./Tel _____ แฟกซ์/Fax _____
5. เอกสารหาย / Loss of cards or policy	 1. กรมธรรม์/Policy Document2. บัตร AWP3. บัตรประกันสุขภาพ/ customer card - เลขที่สมาชิก/ member no. _____ ชื่อ / Name _____ - เลขที่สมาชิก/ member no. _____ ชื่อ / Name _____ - เลขที่สมาชิก/ member no. _____ ชื่อ / Name _____
6. ยกเลิกกรมธรรม์/ Policy Cancellation *สำหรับกรมธรรม์ที่ชำระเบี้ยประกันแบบรายเดือน วันมีผลบังคับการยกเลิกจะมีผลบังคับในรอบบิล ถัดไป / Cancellation date for Monthly Premium Payment will take effect from the next month billing period.	วันที่มีผลบังคับยกเลิกกรมธรรม์/ Cancellation Effective Date _____ เหตุผล/Reason _____
7.การขอเปลี่ยนแปลงข้อมูลเพื่อรับค่า สินไหม/Change claim payment method	ชื่อบัญชี Account name _____ ชื่อบริษัท Bank name _____ (ชื่อสาขา) Branch name _____ เลขที่บัญชีออมทรัพย์ Bank account no. (Saving account only) _____ โปรดทราบ กรณีที่ผู้ได้รับความคุ้มครองภายใต้กรมธรรม์ประกันภัย ต้องการเปลี่ยนแปลงเลขที่บัญชีสำหรับการเบิกค่าสินไหม จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้เอาประกันภัยก่อน ในกรณีกรมธรรม์รายเดี่ยว หรือได้รับความยินยอมจากพนักงาน ในกรณีกรมธรรม์ประกันแบบกลุ่มองค์กร โดยบริษัทฯ จะทำการเปลี่ยนแปลงข้อมูลหลังจากได้รับเอกสารที่สมบูรณ์ แล้วเท่านั้น และจะมีผลบังคับใช้กับสินไหมที่จ่ายหลังจากที่ข้อมูลได้รับการปรับปรุงแล้วเท่านั้น Important note. Any changes of the claim payment method and payee must be consented by the policy holder (for individual policy) or by the employee (for group policy), Aetna will update the information only after the change document including the consent are fully submitted. The changes will apply to the claim processed thereafter only.

Request to amend information concerning policy

คำขอเปลี่ยนแปลงรายละเอียดกรมธรรม์

8. อื่นๆ / Other	
------------------	-------------------------

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ/ *All the above statement are true and complete.*

ลงชื่อผู้รายงาน/ประทับตราบริษัท.....

Signature/Company stamp

วัน/เดือน/ปี.....

Date

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ อลิอันซ์ ออยุธยา-ผู้รับคำขอ.....

Allianz Ayudhya staff signature

วัน/เดือน/ปี.....

Date

หมายเหตุ / Remark

หากท่านกรอกข้อมูลข้างต้นสมบูรณ์ครบถ้วนเรียบร้อยแล้ว กรุณาส่งเอกสารมายัง e-Mail TH-membership@aetna.co.th

Please complete the form and send to TH-membership@aetna.co.th