

C 30010002



เลขที่บัตรประชาชน ----

- กรุณากรอกแบบฟอร์มให้ครบถ้วน และส่งคืนบริษัท พร้อมแนบใบสรุปรายการค่ารักษา และใบเสร็จของโรงพยาบาลภายใน 30 วัน นับตั้งแต่วันที่ออกจากโรงพยาบาล
- รับเงินค่าสินไหมเร็วขึ้น เพียงท่านสมัครใช้บริการขอรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคาร
- ความไหลลื่นแบบฟอร์มผ่าน www.azay.co.th หรือขอรับแบบฟอร์มที่ เซอร์วิส เซ็นเตอร์ทุกสาขา
- ผลการพิจารณาสินไหม และข้อมูลข่าวสารจากบริษัทฯ ก่อนใคร ง่าย ๆ เพียงท่านระบุหมายเลขโทรศัพท์มือถือ และอีเมลลงในแบบฟอร์มนี้

เลขที่กรมธรรม์

ชื่อผู้นำส่ง โทรศัพท์ วันนำส่ง

ชื่อตัวแทน | ผู้บริหารตัวแทน | นายหน้า รหัส โทรศัพท์

หน่วย | เขต | ภาค | ภูมิภาค สาขา โทรสาร

ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย วัน เดือน ปีเกิด อายุ ปี

เพศ ชาย หญิง ที่อยู่ปัจจุบัน ชื่อหมู่บ้าน | อาคารชุด เลขที่ หมู่ ซอย

ถนน แขวง | ตำบล เขต | อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ อีเมล

สาเหตุเนื่องจาก เจ็บป่วย อุบัติเหตุ (ระบุวันที่เกิดอุบัติเหตุ) อื่นๆ (ระบุ)

ขอส่งเอกสารเพื่อประกอบการเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	วันที่รับการรักษา	เลขที่ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ	จำนวนเงิน	ใบรับรองแพทย์	
				มี	ไม่มี

ข้าพเจ้าในฐานะผู้เอาประกันภัย ขอรับรองว่าการเจ็บป่วยและเอกสารประกอบการพิจารณาถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้บริษัทฯ ทำการเปลี่ยนแปลงที่อยู่เป็นที่อยู่ปัจจุบันตามที่ระบุข้างต้นในกรมธรรม์ดังต่อไปนี้

1. 2. 3.

หมายเหตุ: เอกสารสินไหมจะส่งไปยังที่อยู่ล่าสุดที่ท่านได้แจ้งการเปลี่ยนแปลงไว้กับบริษัทฯ

ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย วันที่

() **กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์

หนังสือแจ้งความจำนง

ข้าพเจ้าตกลงมอบอำนาจให้แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลทุกแห่ง เปิดเผยข้อมูลประวัติสุขภาพ ประวัติทางการแพทย์ การตรวจรักษา หรือการดำเนินการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องของข้าพเจ้า พร้อมสำเนาเอกสารให้แก่บริษัทฯ และยินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม ใช้ ปรับปรุง รวมถึงทำการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าตลอดไป ทั้งในและต่างประเทศ เพื่อประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทนและการปฏิบัติตามสัญญาประกันภัย อนึ่ง สำเนาของหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับเอกสารต้นฉบับทุกประการ

ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย วันที่

()

ส่วนนี้ใช้เฉพาะกรณีที่ตัวแทนได้สำรองเงินให้ผู้เอาประกันภัย หรือผู้ปกครองไปแล้วเท่านั้น

ใบมอบอำนาจให้รับเงินแทน

ข้าพเจ้า ผู้เอาประกันภัยตามกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่

ขอมอบให้ รับเงินหรือโอนเงินค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาเพิ่มเติมผู้ป่วยนอกจาก บมจ. อลิอันซ์ อยุธยา ประกันชีวิต

จำนวน บาท แทนข้าพเจ้า โดยเสมือนข้าพเจ้ารับเงินด้วยตนเอง

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจให้รับเงินแทน (ผู้เอาประกันภัยหรือผู้ปกครอง)

()

ลงชื่อ ผู้รับเงินแทน (ตัวแทนเจ้าของกรมธรรม์ประกันภัย)

() รหัสตัวแทน

การ "มอบให้รับเงินแทน" จะทำได้เฉพาะในกรณีที่ตัวแทนเจ้าของกรมธรรม์ประกันภัย (บัตรตัวแทนยังมีผลบังคับ) ได้จ่ายเงินให้ผู้เอาประกันภัยไปก่อนหน้านั้น และใบมอบอำนาจนี้จะสมบูรณ์เมื่อมีลายเซ็นผู้มอบอำนาจให้รับเงินแทน และผู้รับเงินแทนครบถ้วนทั้ง 2 ช่อง