

ใบนำส่งเรียกครองสินไหมโรคร้ายแรง/การสูญเสียอวัยวะ



ชื่อผู้นำส่ง : วันที่นำส่ง :

ชื่อตัวแทน/ผู้บริหารตัวแทน/นายหน้า : รหัส : โทรศัพท์ :
หน่วย/เขต/ภาค/ธนาคาร : สาขา : โทรสาร :

รายละเอียดการเรียกร้อง

กรมธรรม์เลขที่ : ชื่อผู้เอาประกันภัย :

ชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย :

กรุณาจัดส่งเอกสารทุกฉบับและจัดเรียงเอกสารตามลำดับหัวข้อ (ขีดเครื่องหมาย / ลงใน เฉพาะรายการที่จัดส่งมา)

กรณีสินไหมโรคร้ายแรง

เอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมโรคร้ายแรง

- 1. แบบฟอร์มเรียกครองคำรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน
2. ใบรับรองแพทย์ ซึ่งแสดงผลการวินิจฉัยโรค โดยละเอียด
3. फिल्मเอกซเรย์ พร้อมรายงานผลการอ่าน (ถ้ามี)
4. ผลการตรวจชิ้นเนื้อ หรือผลทางพยาธิสภาพ
5. สำเนาประวัติการรักษา/ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
6. กรมธรรม์ประกันชีวิตต้นฉบับ (กรณีสูญหาย ใช้ใบแจ้งความเอกสารสูญหาย)

กรณีเรียกร้องการสูญเสียอวัยวะ ตามสัญญาคุ้มครองอุบัติเหตุ (Dismemberment)

เอกสารประกอบการเรียกร้องกรณีเรียกร้องการสูญเสียอวัยวะ ตามสัญญาคุ้มครองอุบัติเหตุ (Dismemberment)

- 1. แบบฟอร์มเรียกครองค่าทดแทนอุบัติเหตุ/คำรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน
2. ใบรับรองแพทย์ผู้รักษา
3. फिल्मเอกซเรย์ พร้อมรายงานผลการอ่าน (ถ้ามี)
4. รูปถ่ายปัจจุบันที่บ่งชี้การสูญเสียอวัยวะของผู้เอาประกันภัย
5. สำเนาประวัติการรักษาพยาบาลทั้งหมด
6. กรมธรรม์ประกันชีวิตต้นฉบับ (กรณีสูญหาย ใช้ใบแจ้งความเอกสารสูญหาย)

เฉพาะพนักงานสาขา

: (กรณีเอกสารไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบถ้วน กรุณาส่งคืนให้แก่ใจใหม่)

บริษัทฯ ได้รับเอกสารดังกล่าวข้างต้นแล้ว และได้มีการตรวจสอบเอกสารที่ระบุมมาแล้ว ปรากฏว่า

- ครบถ้วน ไม่ครบ ขาดเอกสารดังต่อไปนี้.....

ลงชื่อผู้ตรวจเอกสาร : วันที่ :

ขั้นตอนการเรียกร้องสินไหมกรณีเจ็บป่วยและรักษาตัวในฐานะผู้ป่วยใน หรือ กรณีได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (HS, HB, AI, PA)

1. ผู้เอาประกันภัยจะต้องส่งเอกสารการเรียกร้อง พร้อมหลักฐานที่แสดงถึงการเข้ารับการรักษาพยาบาลตามแบบฟอร์มของบริษัทฯ ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่เจ็บป่วย หรือ วันที่ประสบอุบัติเหตุ
2. เอกสารประกอบการเรียกร้อง (โปรดเรียงตามลำดับ)
 - 2.1. แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมอุบัติเหตุ หรือ ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน (AI/PA/IPD) ตามแบบฟอร์มบริษัทฯ โดยให้ผู้เอาประกันภัยกรอกข้อความให้ครบถ้วนทุกรายการ พร้อมลงนามทั้ง 2 แห่ง ที่ช่องลายเซ็นผู้เอาประกันภัย (เลขที่บัตรประชาชน หมายถึงเลขที่บัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย)
 - 2.2. รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษาตามแบบฟอร์มบริษัทฯ (ด้านหลังแบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมอุบัติเหตุ หรือ ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน) โดยให้แพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่งที่มีใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์และเป็นแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษากรอรายละเอียดให้ครบถ้วนทุกรายการพร้อมลงนามและประทับตราสถานพยาบาล ในกรณีเรียกร้องผลประโยชน์เพิ่มเติมตามสัญญา HB Plus เนื่องจากได้รับการผ่าตัดซับซ้อน หรือผ่าตัดใหญ่ ต้องแนบเอกสารรายงานการผ่าตัด (Operative Note) ประกอบด้วย
 - 2.3. ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลต้นฉบับ (กรณีเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลรายวันอย่างเดียวให้ใช้สำเนาใบเสร็จได้)
 - 2.4. ใบแจกแจงรายการค่ารักษาทุกรายการ พร้อมรายละเอียดการรับประทานยา
 - 2.5. หนังสือยินยอมที่กรอกโดยครบถ้วน พร้อมลงลายมือชื่อ *
 - 2.6. หลักฐานสำเนาบัตรประชาชนที่รับรองสำเนาแล้ว *
 - 2.7. หลักฐานสำเนาการเปลี่ยนแปลง ชื่อ นามสกุล (ถ้ามี) *
 - 2.8. หลักฐานสำเนาสูติบัตรที่รับรองสำเนาแล้ว (กรณีเป็นผู้เยาว์) *
 - 2.9. เอกสารทางการแพทย์อื่นๆ (ถ้ามี)
 - फिल्मเอกซเรย์ หรือใบอ่านฟิล์ม
 - ใบนัดฉีดวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้าที่ได้รับการฉีดครบ 5 เข็ม กรณีถูกสุนัขกัด
 - ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

กรณีที่ได้เบิกจากบริษัทประกันร่วม หรือต้นสังกัด หรือสวัสดิการอื่นก่อนขอให้จัดส่งใบเสร็จรับเงินต้นฉบับที่ประทับตราต้นสังกัด โดยต้องแนบรายการหรือใบแสดงรายการที่สวัสดิการอื่น ๆ จ่ายเงินแล้วประกอบไปด้วยทุกครั้ง และบริษัทฯ จะพิจารณาจ่ายเพิ่มในส่วนของผลต่าง ซึ่งอยู่ภายใต้ผลประโยชน์ที่ได้ซื้อไว้ในกรมธรรม์

* เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการชดเชยสินไหม กรณีบริษัทฯ มีความจำเป็นต้องขอเอกสารเพิ่มเติมจากโรงพยาบาล หรือ คลินิก

เพื่อความสะดวก รวดเร็ว ในการรับเงินสินไหมสำหรับท่านที่ไม่เคยแจ้งความจ้างขอรับเงินผลประโยชน์ ผ่านบัญชีธนาคาร ท่านสามารถแจ้งความจ้างขอรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคารได้ โดยจัดส่งเอกสารดังต่อไปนี้มายังบริษัทฯ

1. แบบฟอร์ม หนังสือแจ้งความจ้างขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีธนาคารฯ
2. สำเนาหน้าสมุดเงินฝากธนาคาร พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมอุบัติเหตุ
คำรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน หรือโรคร้ายแรง (AI/PA/IPD/CI)

Allianz
AYUDHYA

C 30010001



เลขที่บัตรประชาชน _____
เลขที่กรมธรรม์ _____

my allianz

สะดวกและรวดเร็ว

- เบิกเคลมออนไลน์
- รับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคาร
- เปลี่ยนแปลงที่อยู่



- ต้องการเอกสารคืนหรือไม่ ไม่ต้องการ ต้องการ
- ให้ส่งเอกสารไปที่ ที่อยู่ของผู้เอาประกันที่ระบุในแบบฟอร์มนี้
 ตัวแทนที่ระบุในแบบฟอร์มนี้
 อื่น ๆ โปรดระบุ _____

ชื่อผู้นำส่ง _____ โทรศัพท์ _____ วันนำส่ง _____
ชื่อตัวแทน | ผู้บริหารตัวแทน | นายหน้า _____ รหัส _____ โทรศัพท์ _____

1. ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกัน _____ วัน เดือน ปีเกิด _____ อายุ _____ ปี
เพศ ชาย หญิง ที่อยู่ปัจจุบัน ชื่อหมู่บ้าน | อาคารชุด _____ เลขที่ _____ หมู่ _____ ซอย _____ ถนน _____
แขวง | ตำบล _____ เขต | อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____
โทรศัพท์บ้าน | โทรศัพท์มือถือ _____ อีเมล _____
บริษัทประกันอื่นๆ (ถ้ามี โปรดระบุ) _____ กรมธรรม์ของบริษัทอื่น _____
อาชีพและลักษณะงาน _____

2. กรณีเจ็บป่วย อาการเจ็บป่วยของผู้เอาประกัน _____
ระยะเวลาของอาการก่อนที่ผู้เอาประกันจะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ _____
ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาก่อนที่จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ _____ วันที่เข้ารับการรักษา _____

3. กรณีเกิดอุบัติเหตุ วันที่เกิดอุบัติเหตุ _____ เวลาเกิดเหตุ _____ น. สถานที่เกิดเหตุ _____
โปรดระบุลักษณะเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยละเอียด _____

ลักษณะบาดแผล ขนาด และตำแหน่งของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ _____
อาการปัจจุบัน _____
วันที่รับการรักษาครั้งสุดท้าย _____ ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา _____

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง และทราบดีว่า หากข้อความไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือไม่ครบถ้วนอาจมีผลต่อการเรียกร้องค่าทดแทน
อุบัติเหตุ คำรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน และการพิจารณาต่อสัญญาประกันภัยของบริษัทฯ ได้

ลงชื่อ _____ ผู้เอาประกันภัย
(_____)
วันที่ _____

**กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์

หนังสือแจ้งความจำนง

ข้าพเจ้าตกลงมอบอำนาจให้แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลทุกแห่ง เปิดเผยข้อมูลประวัติสุขภาพ ประวัติทางการแพทย์ การตรวจรักษา
หรือการดำเนินการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องของข้าพเจ้า พร้อมสำเนาเอกสารให้แก่ บริษัทฯ และยินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม ใช้ ปรับปรุง รวมถึงทำการเปิดเผยข้อมูลส่วน
บุคคลของข้าพเจ้าตลอดไป ทั้งในและต่างประเทศ เพื่อประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทนและการปฏิบัติตามสัญญาประกันภัย อนึ่ง สำเนาของหนังสือฉบับนี้ถือว่า
มีผลบังคับได้เช่นเดียวกับเอกสารต้นฉบับทุกประการ

ลงชื่อ _____ ผู้เอาประกันภัย
(_____)
วันที่ _____

หนังสือยินยอม

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/ นาง/ นางสาวอายุ.....ปี บัตร
ประจำตัวประชาชน/บัตรข้าราชการเลขที่.....ตกลงยินยอมตลอดไปให้ บมจ. อลิอันซ์ อยุธยา
ประกันชีวิต (“บริษัท”) และ/หรือ บุคคลหรือนิติบุคคลที่บริษัทฯ เห็นควร ทำการเก็บรวบรวม ใช้ ปรับปรุง และทำการเปิดเผยทั้ง
ในและต่างประเทศเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า และ/หรือ (ผู้เอาประกันภัย/
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย) ที่มีอยู่กับบริษัทฯ รวมถึง ยินยอมให้แพทย์ หรือสถานที่ที่เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลเข้าทำการรักษาพยาบาลทุก
แห่ง รวมถึงหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องให้สามารถเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลดังกล่าวข้างต้น ตามความเป็นจริงทั้งหมด รวมทั้ง
ยินยอมให้คัดถ่ายเอกสาร หรือขอคำรับรองจากข้อมูลดังกล่าวได้ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการทำประกันภัย หรือการประกันภัย
ต่อ หรือการจ่ายค่าสินไหมทดแทน หรือผลประโยชน์อื่น ๆ ตามเงื่อนไขที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัย หรือเพื่อการทำธุรกรรมที่
เกี่ยวกับการประกันภัยของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึง การบริการหลังการขายอื่น ๆ หรือการส่งเสริมการขาย หรือนำเสนอ
ผลิตภัณฑ์ต่างๆของบริษัทฯ หรือของบุคคลหรือนิติบุคคล ที่บริษัทฯเห็นควร โดยข้าพเจ้าจะไม่ใช้สิทธิเพิกถอนความยินยอมข้างต้น
การกระทำใด ๆ ของบริษัทฯ และ/หรือผู้รับมอบอำนาจหรือบุคคลที่บริษัทฯเห็นควร ที่ได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือ
ยินยอมฉบับนี้ ให้มีผลผูกพันข้าพเจ้าตามกฎหมาย และให้ถือเสมือนหนึ่งเป็นการกระทำของข้าพเจ้าเองทุกประการ อนึ่ง ข้าพเจ้า
ยินยอมให้ถือว่าสำเนาของหนังสือยินยอมฉบับนี้ มีผลบังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับทุกประการ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความข้างต้นเป็นอย่างดีโดยตลอดแล้วเห็นว่าถูกต้องตรงตามเจตนา และความ
ประสงค์ของข้าพเจ้าทุกประการ ในการให้ความยินยอมและมอบอำนาจแก่ผู้รับมอบอำนาจของบริษัทฯ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ
ต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

ลงชื่อ.....ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้า
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจของบริษัทฯ
(.....)

10020005



หนังสือยินยอมหักค่าเบี้ยประกันภัย และขอรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคารอัตโนมัติ
(ผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ในที่นี้ หมายถึง เฉพาะสินไหมสุขภาพและสินไหมอุบัติเหตุ เงินปันผล และเงินคืนตามเงื่อนไขกรมธรรม์เท่านั้น)

ผู้ผลการสมัครหักค่าเบี้ยฯ และรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีอัตโนมัติ และข้อมูลข่าวสารจากบริษัทฯ ก่อนใคร
ง่ายๆ เพียงทำหนังสือหมายเลขโทรศัพท์มือถือ และอีเมลแบบฟอร์มนี้

เรียน บมจ. อลิอันซ์ อยุธยา ประกันชีวิต วันที่.....
และผู้จัดการธนาคาร.....สำนักงาน/สาขา..... หรือผู้จัดการบริษัทที่ออกบัตรเครดิต.....
ข้าพเจ้า(นาย, นาง, นางสาว).....ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย บัตรประชาชนเลขที่.....
.....โทรศัพท์.....มือถือ.....อีเมล.....

เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยของกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งออกโดย บมจ. อลิอันซ์ อยุธยา ประกันชีวิต (“บริษัทฯ”) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. กรมธรรม์เลขที่..... ชื่อผู้เอาประกันภัย.....

2. กรมธรรม์เลขที่..... ชื่อผู้เอาประกันภัย.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้ธนาคารหักบัญชีเงินฝากธนาคารหรือบัญชีบัตรเครดิตโดยอัตโนมัติและขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีธนาคารโดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้

1. สำหรับการชำระค่าเบี้ยประกันภัย ตามกรมธรรม์ข้างต้น ข้าพเจ้ายินยอมให้หัก

- บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ ธนาคาร.....เลขที่..... ชื่อบัญชี..... หรือ
- บัญชีบัตรเครดิต ธนาคาร/สถาบันออกบัตรเครดิต..... หมายเลข..... เดือน/ปีที่บัตรหมดอายุ...../.....

ให้แก่บริษัทฯ ทุกงวด

- 1.1 กรณีหักจากบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ ข้าพเจ้ายอมรับว่า (ก) ธนาคารจะหักเงินที่ต่อเมื่อเงินในบัญชีมีเพียงพอในขณะนั้นเท่านั้น (ข) หากธนาคารไม่สามารถหักเงินตามข้อ (ก) ได้ ไม่ว่าสาเหตุใดก็ตาม ให้ถือว่ายังไม่มีการชำระเบี้ยประกันภัย (ค) หากในภายหลังพบว่าจำนวนเงินที่บริษัทฯ แจ้งแก่ธนาคารไม่ถูกต้อง แต่ธนาคารได้ทำการหักเงินจากบัญชีดังกล่าวตามจำนวนเงินที่บริษัทฯ แจ้งไม่ว่าโดยวิธีการใด เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ข้าพเจ้าตกลงที่จะดำเนินการเรียกเงินจำนวนดังกล่าวจากบริษัทฯ โดยตรงและขอสงวนสิทธิ์ในการเรียกร้องหรือฟ้องร้องให้ธนาคารชดเชยเงินจำนวนนั้น (ง) ธนาคารไม่มีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของจำนวนเงินที่ได้รับแจ้งจากบริษัทฯ (จ) ข้าพเจ้าไม่ประสงค์ให้ธนาคารแจ้งการหักบัญชีแต่อย่างใด เนื่องจากรายการดังกล่าวปรากฏอยู่ในสมุดคู่ฝาก/Statement ของธนาคารหรือเอกสารการรับเบี้ยประกันภัยของบริษัทฯ
- 1.2 กรณีหักจากบัญชีบัตรเครดิต ข้าพเจ้ายอมรับว่าสถาบันผู้ออกบัตรเครดิตจะหักจำนวนเงินที่ปรากฏอยู่ในใบแจ้งหนี้ที่สถาบันได้รับจากบริษัทฯ และยินยอมตามเงื่อนไขดังนี้ (ก) บรรดาเอกสารต่างๆ ที่สถาบันผู้ออกบัตรเครดิต และ/หรือ บริษัทฯ ได้จัดทำขึ้นอันเกี่ยวกับการยินยอมให้สถาบันเรียกเก็บจากบัตรเครดิตนั้นมีความถูกต้องทุกประการ (ข) การชำระเบี้ยประกันภัยจะถือว่าชำระเรียบร้อยแล้ว และมีผลให้กรมธรรม์มีผลบังคับตั้งแต่วันที่ข้าพเจ้าได้รับใบแจ้งหนี้จากบัตรเครดิตข้างต้นได้ (ค) หากสถาบันผู้ออกบัตรเครดิตไม่สามารถหักเงินจากบัญชีบัตรเครดิตได้ไม่ว่าด้วยสาเหตุใดก็ตาม ถือว่ายังไม่ได้รับชำระเบี้ยประกันภัยใดๆ จากข้าพเจ้า ในกรณีดังกล่าวบริษัทฯ จะติดต่อข้าพเจ้าเพื่อแจ้งให้ทราบต่อไป (ง) หากมีความเสียหาย หรือความผิดพลาดใดๆ เกิดขึ้นแก่สถาบันผู้ออกบัตร หรือบริษัทฯ เนื่องจากเหตุการณ์ใดๆ ของข้าพเจ้า ข้าพเจ้ายินยอมรับชดเชยค่าเสียหายแก่สถาบันผู้ออกบัตรเครดิต หรือบริษัทฯ ตามความเสียหายที่เกิดขึ้นจริงทุกประการ
- 1.3 หากข้าพเจ้าเลือกรับเงินปันผลโดยให้นำไปหักชำระค่าเบี้ยประกันภัย ข้าพเจ้ายินดีเปลี่ยนวิธีรับเงินปันผลเป็นเช็คหรือโอนเงินปันผลเข้าบัญชีธนาคารตามที่ข้าพเจ้าได้ระบุไว้ในข้อ 2
- 1.4 กรณีที่บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ หรือบัญชีบัตรเครดิตที่ระบุในข้อ 1 หรือค่าเบี้ยประกันภัย ได้เปลี่ยนแปลงไม่ว่าโดยสาเหตุใดก็ตาม หนังสือแจ้งความประสงค์ฉบับนี้ ยังคงมีผลบังคับใช้กับบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ หรือบัญชีบัตรเครดิตซึ่งเป็นบัญชีใหม่ หรือค่าเบี้ยประกันภัยที่ได้เปลี่ยนแปลงนั้นๆ ทุกประการ

2. สำหรับการขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ นำเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ข้างต้นโอนเข้า

- บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ เลขที่เดียวกันกับเลขที่บัญชีที่ระบุ ในข้อ 1 หรือ
- บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ธนาคาร..... เลขที่..... ชื่อบัญชี.....

ซึ่งบัญชีดังกล่าวเป็นบัญชีของ ข้าพเจ้า บิดา / มารดา (กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ เท่านั้น)

2.1 การที่บริษัทฯ ได้นำเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์เข้าบัญชีดังกล่าว ให้ถือเสมือนหนึ่งว่า บริษัทฯ ได้จ่ายผลประโยชน์ให้แก่ข้าพเจ้าตามข้อกำหนด และเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัยโดยให้ถือว่าบริษัทฯ หลุดพ้นจากภาระหนี้สินใดๆ ที่มีต่อข้าพเจ้าแล้ว 2.2 กรณีที่ บริษัทฯ ไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีดังกล่าว ไม่ว่าด้วยสาเหตุใดๆ ก็ตาม ข้าพเจ้ายินดีรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ข้างต้นเป็นเช็ค หรือตรา付 ตามวิธีการปกติของบริษัทฯ 2.3 กรณีที่ศาลได้มีคำสั่งพิทักษ์ทรัพย์ หรือพิพากษาให้ผู้ถือกรมธรรม์ผู้เอาประกันภัยตกเป็นบุคคลล้มละลาย ให้ถือว่าการรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีธนาคารมีผลสิ้นสุดลงทันทีที่มีผลดังกล่าว 2.4 ข้าพเจ้ารับทราบว่าการจ่ายเงินผลประโยชน์ดังกล่าวจะมีผลบังคับเมื่อข้าพเจ้าได้รับหนังสือยืนยันจากบริษัทฯ แล้ว

ข้าพเจ้าตกลงและยินยอมให้บริษัทฯ ธนาคาร และบริษัทผู้ออกบัตรเครดิตตามที่ระบุไว้ในหนังสือฉบับนี้ เก็บ รวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลต้องห้าม หรือข้อมูลอื่นๆ ของข้าพเจ้า เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติตามสัญญาประกันภัย การหักค่าเบี้ยประกันภัยจากบัญชีเงินฝากธนาคาร หรือหักบัตรเครดิตโดยอัตโนมัติ การขอรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคารของข้าพเจ้า และเพื่อประโยชน์อื่นๆ ตามที่เห็นสมควรทั้งในประเทศหรือต่างประเทศตลอดไป ทั้งนี้ ข้าพเจ้าตกลงสงวนสิทธิยก/แก้ไข/ลบ/ลบล้างความยินยอมดังกล่าวจนกว่าความคุ้มครองตามสัญญาประกันภัยของข้าพเจ้า หรืออายุความในการฟ้องคดีสิ้นสุดลง แล้วแต่ระยะเวลาใดสั้นสุดภายหลัง

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดดำเนินการตามความประสงค์ของข้าพเจ้า ทั้งนี้หากมีการเปลี่ยนแปลงเลขที่บัญชีธนาคารหรือเลขที่บัตรเครดิต หรือยกเลิกความยินยอมตามหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าจะแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรแก่บริษัทฯ และธนาคาร ล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วัน

ลงชื่อ..... ผู้เอาประกันภัย / ผู้ชำระเบี้ยฯ ลงชื่อ..... เจ้าของบัญชีผู้ให้ความยินยอม
(โปรดเซ็นชื่อให้เหมือนกับลายเซ็นในกรมธรรม์) (กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์) (ลายเซ็นตามตัวอย่างที่กำกับธนาคารหรือให้ไว้ในบัตรเครดิต)

โปรดแนบสำเนาบัญชีธนาคารของท่านพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องมาเพื่อเป็นหลักฐาน

(สำหรับเจ้าหน้าที่)
สำหรับการหักบัญชีบัตรเครดิต ตรวจสอบลายเซ็นแล้วถูกต้องโดยตัวแทน.....รหัสตัวแทน.....
สำหรับการหักบัญชีเงินฝากธนาคาร ตรวจสอบลายเซ็นแล้วถูกต้องโดยธนาคาร..... สาขา.....
ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจลงนามสาขา/ผู้ตรวจสอบลายเซ็นหลังบัตร
()