

## ขั้นตอนการเรียกร้องสินไหมกรณีเจ็บป่วยและรักษาตัวในฐานะผู้ป่วยนอก (OPD)

1. ผู้เอาประกันภัยจะต้องส่งเอกสารการเรียกร้อง พร้อมหลักฐานที่แสดงถึงการเข้ารับการรักษาพยาบาลตามแบบฟอร์มของบริษัทฯ ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่เจ็บป่วย
2. เอกสารประกอบการเรียกร้อง
  - 2.1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (OPD) ตามแบบฟอร์มบริษัทฯ โดยให้ผู้เอาประกันภัยกรอกข้อความให้ครบถ้วนทุกรายการ พร้อมลงนามในคำร้องทั้ง 2 แห่ง ที่ช่องลายเซ็นผู้เอาประกันภัยหรือผู้ปกครอง (เลขที่บัตรประชาชน หมายถึง บัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย)
  - 2.2. ใบรับรองแพทย์ผู้รักษาที่สถานพยาบาลนั้นออกให้ หรือ
  - 2.3. รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษาตามแบบฟอร์มของบริษัทฯ (ด้านหลังแบบฟอร์มเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก) โดยให้แพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่งที่มีใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ และเป็นแพทย์ผู้ตรวจรักษากรอรายละเอียด ตามแบบฟอร์มพร้อมลงนาม และประทับตราสถานพยาบาล
  - 2.4. ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล ( ต้นฉบับ )
  - 2.5. หนังสือยินยอมที่กรอกครบถ้วน พร้อมลงลายมือชื่อ \*
  - 2.6. หลักฐานสำเนาบัตรประชาชนที่รับรองสำเนาแล้ว \*
  - 2.7. หลักฐานสำเนาการเปลี่ยนแปลง ชื่อ นามสกุล (ถ้ามี)\*
  - 2.8. หลักฐานสำเนาสูติบัตรที่รับรองสำเนาแล้ว (กรณีเป็นผู้เยาว์)\*

\* เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการชดเชยสินไหม กรณีบริษัทฯ มีความจำเป็นต้องขอเอกสารเพิ่มเติมจากโรงพยาบาล หรือ คลินิก

เพื่อความสะดวก รวดเร็ว ในการรับเงินสินไหมสำหรับท่านที่ไม่เคยแจ้งความจำนงขอรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคาร ท่านสามารถแจ้งความจำนงขอรับเงินผลประโยชน์ ผ่านบัญชีธนาคาร ได้โดยส่งเอกสารดังต่อไปนี้ มายังบริษัทฯ

1. แบบฟอร์ม หนังสือแจ้งความจำนงขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีธนาคารฯ
2. สำเนาหน้าสมุดเงินฝากธนาคาร พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

## แบบฟอร์มเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (OPD)

C 30010002



เลขที่บัตรประชาชน \_\_\_\_\_

เลขที่กรมธรรม์ \_\_\_\_\_

my allianz

สะดวกและรวดเร็ว

- เบิกเคลมออนไลน์
- รับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคาร
- เปลี่ยนแปลงที่อยู่



โหลดเลย

ต้องการเอกสารคืนหรือไม่  ไม่ต้องการ  ต้องการ

ให้ส่งเอกสารไปที่

- ที่อยู่ของผู้เอาประกันที่ระบุในแบบฟอร์มนี้
- ตัวแทนที่ระบุในแบบฟอร์มนี้
- อื่น ๆ โปรดระบุ \_\_\_\_\_

ชื่อผู้นำส่ง \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ วันนำส่ง \_\_\_\_\_

ชื่อตัวแทน | ผู้บริหารตัวแทน | นายหน้า \_\_\_\_\_ รหัส \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

กรณีเกิดอุบัติเหตุ วันที่เกิดอุบัติเหตุ \_\_\_\_\_ เวลาเกิดเหตุ \_\_\_\_\_ น. สถานที่เกิดเหตุ \_\_\_\_\_

## ขอส่งเอกสารเพื่อประกอบการเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	วันที่รับการรักษา	เลขที่ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ	จำนวนเงิน	ใบรับรองแพทย์	
				มี	ไม่มี

ข้าพเจ้าในฐานะผู้เอาประกันฯ ขอรับรองว่าการเจ็บป่วยและเอกสารประกอบการพิจารณาถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้เอาประกันฯ

( \_\_\_\_\_ )

วันที่ \_\_\_\_\_

\*\*กรณีผู้เอาประกันฯเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์

## หนังสือแจ้งความจำนง

ข้าพเจ้าตกลงมอบฉันทะให้แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลทุกแห่ง เปิดเผยข้อมูลประวัติสุขภาพ ประวัติทางการแพทย์ การตรวจรักษา หรือการดำเนินการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องของข้าพเจ้า พร้อมสำเนาเอกสารให้แก่บริษัทฯ และยินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม ใช้ ปรับปรุง รวมถึงทำการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า ตลอดจนไป ทั้งในและต่างประเทศ เพื่อประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทนและการปฏิบัติตามสัญญาประกันฯ อนึ่ง สำเนาของหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับเอกสารต้นฉบับทุกประการ

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้เอาประกันฯ

( \_\_\_\_\_ )

วันที่ \_\_\_\_\_

## รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา

แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันเป็นผู้รับผิดชอบ

Patient's Name..... ID Card No 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sex :  Male  Female H.N.# ..... A.N.# ..... X.N.# .....

Consultation Date.....(OPD case) or Admission Date ..... Time ..... Discharge Date ..... Time.....

**For illness :**

1. Date you first saw this patient for this illness ?.....
2. Chief complaint and duration of symptoms .....
3. In your opinion, how long should these symptoms persist for this illness.....

**For Injury:**

1. Date & Time of injury..... Date & Time you first saw this patient.....
2. Cause of injury.....
3. (Did you smell alcohol from the patient) ได้กลิ่นสุราจากผู้ป่วยหรือไม่  No  Yes  Not known  
 Level of consciousness  Normal  Confusion  Drowsiness  Semi-coma  Coma  
 (Did the patient take any medication, drugs?) ผู้ป่วยกินยามาหรือไม่  No  Yes (ชื่อ/ชนิด ของยา.....)  Not known

Pertinent Clinical findings (Symptoms & Signs) / nature of wound and injured organs.....

Past History / Underlying diseases.....

Investigations.....

Diagnosis 1..... ICD10 ..... Diagnosis 2..... ICD10 .....

Diagnosis 3..... ICD10 ..... Diagnosis 4..... ICD10 .....

Treatment.....

Surgery/Operation..... ICD-9CM or 10TM..... Date performed.....

Anesthesia type :  GA  LA ..... Pathology report.....

Result / Complications.....

Is the illness related to alcohol , drug abuse or addiction ?  No  Yes .....

**For Female :** Was the patient pregnant at the time of treatment?  No  Yes .....wks (LMP.....)

Was the treatment related to infertility ?  No  Yes .....

**HIV test**  Not done  Done Result .....

Has the patient ever been treated by other doctors before?  No  Yes, please give name and address.....

Was the injury/illness contributed to or influenced by any of the following (e.g. Pre-existing weakness or extened period of disability)?

- a) Physical defects/congenital anomaly  No  Yes
- b) Unfavorable past medical history  No  Yes
- c) Degenerative change (s)  No  Yes
- d) A family history that increased the probability or severity of this disease  No  Yes
- e) Doctor's advice to have periodic " **Medical Screening** " for this disease of increased risk ?  No  Yes

If the answer is " **yes** " , please specify .....

Other past medical history :

Date	Sign & Symptom	Diagnosis	Treatment	Doctor / Hospital's Name

Other comments about the injury / illness.....

I, hereby certify that I have personally examined and treated the insured in connection to the above disability and that the facts are in my opinion as given above.

Name of physician..... Specialty..... License No.....

Hospital Name..... Address..... Telephone No.....

Signature..... Date .....

(.....)

**ข้อควรทราบ** ผู้ใดในการประกอบการงานวิชาแพทย์ ทำคำรับรองหรือเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชน ผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญา ตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโสดหนึ่ง

# หนังสือยินยอม

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า นาย/ นาง/ นางสาว .....อายุ.....ปี บัตร  
ประจำตัวประชาชน/บัตรข้าราชการเลขที่.....ตกลงยินยอมตลอดไปให้ บมจ. อลิอันซ์ อยุธยา  
ประกันชีวิต (“บริษัทฯ”) 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**  
**ง่าย ๆ เพียงทำนระบุหมายเลขโทรศัพท์มือถือ และอีเมลในแบบฟอร์มนี้**

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.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้ธนาคารหักบัญชีเงินฝากธนาคารหรือบัญชีบัตรเครดิตโดยอัตโนมัติและขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีธนาคาร โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้

**1. สำหรับการชำระค่าเบี้ยประกันภัย** ตามกรมธรรม์ข้างต้น ข้าพเจ้ายินยอมให้หัก

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

**ให้แก่บริษัทฯ ทุกงวด**

- 1.1 กรณีหักจากบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ ข้าพเจ้ายอมรับว่า (ก) ธนาคารจะหักเงินที่คือเมื่อเงินในบัญชีมีเพียงพอในขณะนั้นเท่านั้น (ข) หากธนาคารไม่สามารถหักเงินตามข้อ (ก) ได้ ไม่ว่าสาเหตุใดก็ตาม ให้ถือว่ายังไม่มีภาระชำระเบี้ยประกันภัย (ค) หากในภายหลังพบว่าจำนวนเงินที่บริษัทฯ แจ้งแก่ธนาคารไม่ถูกต้อง แต่ธนาคารได้ทำการหักเงินจากบัญชีดังกล่าวตามจำนวนเงินที่บริษัทฯ แจ้งไม่ว่าโดยวิธีการใดๆ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ข้าพเจ้าตกลงที่จะดำเนินการเรียกเงินจำนวนดังกล่าวจากบริษัทฯ โดยตรงและขอสงวนสิทธิ์ในการเรียกร้องหรือฟ้องร้องให้ธนาคารชดเชยเงินจำนวนนั้น (ง) ธนาคารไม่มีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของจำนวนเงินที่ได้รับแจ้งจากบริษัทฯ (จ) ข้าพเจ้าไม่ประสงค์ให้ธนาคารแจ้งการหักบัญชีแต่อย่างใด เนื่องจากรายการดังกล่าวปรากฏอยู่ในสมุดคู่ฝาก/Statement ของธนาคารหรือเอกสารการรับเบี้ยประกันภัยของบริษัทฯ
- 1.2 กรณีหักจากบัญชีบัตรเครดิต ข้าพเจ้ายอมรับว่าสถาบันผู้ออกบัตรเครดิตจะหักจำนวนเงินที่ปรากฏอยู่ในใบแจ้งหนี้ที่สถาบันได้รับจากบริษัทฯ และยินยอมตามเงื่อนไขดังนี้ (ก) บรรดาเอกสารต่างๆ ที่สถาบันผู้ออกบัตรเครดิต และ/หรือ บริษัทฯ ได้จัดทำขึ้นอันเกี่ยวกับการยินยอมให้สถาบันเรียกเก็บจากบัตรเครดิตนั้นมีความถูกต้องทุกประการ (ข) การชำระเบี้ยประกันภัยจะถือว่าชำระเรียบร้อยแล้ว และมีผลให้กรมธรรม์มีผลบังคับใช้เมื่อสถาบันผู้ออกบัตรเครดิตสามารถหักเงินจากวงเงินของบัญชีบัตรเครดิตข้างต้นได้ (ค) หากสถาบันผู้ออกบัตรเครดิตไม่สามารถหักเงินจากบัญชีบัตรเครดิตได้ไม่ว่าด้วยสาเหตุใดก็ตาม ถือว่ายังไม่ได้รับชำระเบี้ยประกันภัยใดๆ จากข้าพเจ้า ในกรณีดังกล่าวบริษัทฯ จะติดต่อข้าพเจ้าเพื่อแจ้งให้ทราบต่อไป (ง) หากมีความเสียหาย หรือความผิดพลาดใดๆ เกิดขึ้นแก่สถาบันผู้ออกบัตร หรือบริษัทฯ เนื่องจากภาระการทำอา ของข้าพเจ้า ข้าพเจ้ายินยอมรับค่าใช้จ่ายเสียหายแก่สถาบันผู้ออกบัตรเครดิต 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 หรือตราฟร่า ตามวิธีการปกติของบริษัทฯ 2.3 กรณีที่ศาลได้มีคำสั่งพิทักษ์ทรัพย์ หรือพิพากษาให้ผู้ถือกรมธรรม์/ผู้เอาประกันภัยตกเป็นบุคคลล้มละลาย ให้ถือว่าการรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีธนาคารมีผลสิ้นสุดลงทันทีที่มีผลดังกล่าว 2.4 ข้าพเจ้ารับทราบว่าการจ่ายเงินผลประโยชน์ดังกล่าวจะมีผลบังคับเมื่อข้าพเจ้าได้รับหนังสือยืนยันจากบริษัทฯ แล้ว

ข้าพเจ้าตกลงและยินยอมให้บริษัทฯ ธนาคาร และบริษัทผู้ออกบัตรเครดิตตามที่ระบุไว้ในหนังสือฉบับนี้ เก็บ รวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลต้องห้าม หรือข้อมูลอื่นๆ ของข้าพเจ้า เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติตามสัญญาประกันภัย การหักค่าเบี้ยประกันภัยจากบัญชีเงินฝากธนาคาร หรือหักบัตรเครดิตโดยอัตโนมัติ การขอรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคารของข้าพเจ้า และเพื่อประโยชน์อื่นๆ ตามที่เห็นสมควรทั้งในประยุทธ์หรือต่างประเทศต่อไป ทั้งนี้ ข้าพเจ้าตกลงสงวนสิทธิยกเลิก/แก้ไข/ขอสงวนความยินยอมดังกล่าวจนกว่าความคุ้มครองตามสัญญาประกันภัยของข้าพเจ้า หรืออายุตามในการที่สิ้นสุดลงแล้วแต่ระยะเวลาใดสั้นสุดภายหลัง

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดดำเนินการตามความประสงค์ของข้าพเจ้า ทั้งนี้หากมีการเปลี่ยนแปลงเลขที่บัญชีธนาคารหรือเลขที่บัตรเครดิต หรือยกเลิกความยินยอมตามหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าจะแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรแก่บริษัทฯ และธนาคาร ล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วัน

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

โปรดมอบสำเนาบัญชีธนาคารของท่านพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องมาเพื่อเป็นหลักฐาน

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