แบบฟอร์มแจ้ง เพิ่ม ผู้ขอเอาประกันชีวิตกลุ่ม Enrollment Request Form for Group Life Insurance

Allianz AYUDHYA

กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนสมบูรณ์ด้วยตัวบรรจง (Please complete this form in BLOCK CAPITALS)

ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ ……..…….. กรมธรรม์ประกันชีวิตกลุ่มเลขที่ GTL……..…….

Policyholder Name Group Life Policy No.

ลำดับ No.	คำนำหน้า Title	สมาชิกผู้มีสิทธิเข้าร่วม Eligible Members: ชื่อ Name	นามสกุล Surname	บัตรประชาชน เลขที่ Identification Card No.	วัน/เดือน/ปี เกิด (พ.ศ.) Date of Birth (B.E.) (DD/MM/YYYY)	เพศ Sex (M/F)	สัญชาติ (ระบุกรณีที่ไม่ใช่ สัญชาติไทย) The nationality Indentify in case of not Thai	หมายเลข โทรศัพท์มือถือ Mobile phone No.	E-mail address	จำนวนเงินเอา ประกันภัย หรือ เงินเดือน Sum Assured or Salary	รหัสพนักงาน Employee code	แผนประกันภัย Insurance plan	ขั้น / ตำแหน่ง Grade / Position	วันที่เข้าทำงาน (พ.ศ.) 1st Working Date (B.E.) (DD/MM/YYYY)	ธนาคาร Bank	เลขที่บัญชี Acconut No.	หมายเหตุ Remark

*** หมายเหตุ** - กรณีกำหนดการเข้าร่วมการประกันภัยโดยมีระยะเวลารอคอย / ระยะเวลาทดลองงาน โปรดระบุวันที่เข้าทำงานของพนักงานทุกท่าน

- If insurance participation is decided by the waiting / probation period, please provide 1st working date of all employees.

ข้อปฏิบัติ Requirement

- ต้องแจ้งรายชื่อสมาชิก/พนักงานผู้มีสิทธิเข้าร่วมใหม่และแนบใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มสำหรับผู้ขอเอาประกันภัย/ หนังสือแต่งตั้งผู้รับประโยชน์ฉบับจริงให้บริษัทฯ ภายใน 31 วันนับตั้งแต่วันที่มีสิทธิเข้าร่วม (ตามเงื่อนไขในกรมธรรม์) Please inform the name of eligible members/employee and attach the original Member Application/ Beneficiary Designation for Group Insurance form within 31 days from the employment date.
- หากพ้นกำหนดดังกล่าว บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิในการเรียกหลักฐานแสดงความสามารถในการขอเอาประกันภัยเพิ่ม เพื่อพิจารณาการรับประกันภัย และกำหนดวันที่เริ่มความคุ้มครองใหม่ ตามเงื่อนไขการพิจารณารับประกันภัยของบริษัท โดยให้ถือวันที่ระบุในบัตรประจำตัวสมาชิกประกันภัยกลุ่มเป็นสำคัญ If an additional is not reported within the eligibility period, we reserve the right to request for additional evidence of insurability and the effective date will be the date which indicated in the member card.
- ช่องหมายเหตุ ใช้ระบุรายละเอียด ชื่อธนาคาร เลขที่ บ/ช ธนาคารของสมาชิก, การโอนย้ายพนักงานระหว่างบริษัทในเครือ,กรณีคุ้มครองคู่สมรสและบุตร ให้ระบุความสัมพันธ์และชื่อของพนักงาน Please use the remark field to reference the detail of payment; Bank name, Account No., member transfer between affiliate companies, or in case of the coverage for spouse and child, use this field to fill out the employee name.

……..……..……

(……..)

ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนาม พร้อมประทับตรา

(Authorized Signature and Company Stamp)

วันที่ (Date) ……../……../……..

บมจ. อลิอันซ์ อยุธยา ประกันชีวิต ฝ่ายปฏิบัติการประกันกลุ่ม ชั้น 1 อาคารเพลินจิตทาวเวอร์ 898 ถ.เพลินจิต กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2305-7000 โทรสาร 0-2305-7999 ต่อ 1200 Allianz Ayudhya Assurance Pcl. Group Operations Department, 1st Floor Ploenchit Tower, 898 Ploenchit Road, Bangkok 10330 Tel 0-2305-7000 Fax 0-2305-7999 ext.1200