

แบบฟอร์มแจ้ง **เพิ่ม** ผู้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม Enrollment Request Form for Group Personal Accident Insurance



กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนสมบูรณ์ด้วยตัวบรรจง (Please complete this form in BLOCK CAPITALS)

ชื่อผู้ถือกรมธรรม์.....
Policyholder Name

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มเลขที่ G
Group Personal Accident Policy No.

เพิ่มเติม ระหว่างปีกรมธรรม์
Enrollment within Policy Year

เพิ่มเติม ปีต่ออายุ
Enrollment at Policy Anniversary Date

ลำดับ No.	ชื่อ - นามสกุล ผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีระบุตำแหน่งนาม เช่น นาย, นาง, นางสาว, เด็กชาย, เด็กหญิง) Name - Surname of Eligible Members Mr./Mrs./Miss/Master	กรณีผู้ขอเอาประกันภัยมิใช่พนักงาน โปรดระบุ ความสัมพันธ์กับพนักงาน (เช่นสามี, ภรรยา, บุตร) If applicant is not the employee, please state applicant's relationship to employee such as being spouse or child	ชื่อ - นามสกุล (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็นคู่สมรสและบุตรให้ระบุชื่อของสมาชิกหรือพนักงาน) Name - Surname (If applicant is dependent, please state employee name)	วัน/เดือน/ปีเกิด Date of Birth	ระบุสัญชาติ (กรณีที่ไม่ใช่สัญชาติไทย) Specified the nationality in case of not Thai	ตำแหน่งงาน Position	แผนประกันภัย Insurance plan	จำนวนเงินเอาประกันภัย Sum Assured	ถ้าใช้รถจักรยานยนต์เป็นประจำให้ใส่ <input checked="" type="checkbox"/> Driving of or riding as a passenger on motorcycles. If yes, Please tick <input checked="" type="checkbox"/>	ชื่อผู้รับประโยชน์ (ระบุชื่อบุคคลซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้ขอเอาประกันภัยและหากไม่ระบุถือว่าผู้รับประโยชน์คือบิดาและหรือมารดา) Beneficiary Name (A beneficiary must have an insurable interest in the life of the applicant) If the beneficiary name is not designated, death benefit will be paid to applicant's parents	ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย Relationship to the applicant
									<input type="checkbox"/>		
									<input type="checkbox"/>		
									<input type="checkbox"/>		
									<input type="checkbox"/>		
									<input type="checkbox"/>		
									<input type="checkbox"/>		
									<input type="checkbox"/>		
									<input type="checkbox"/>		
									<input type="checkbox"/>		
									<input type="checkbox"/>		

ข้อปฏิบัติ Recommendation

-โปรดแจ้งรายชื่อสมาชิก/พนักงานผู้มีสิทธิเข้าร่วมใหม่ในแบบฟอร์มนี้ พร้อมลงลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามพร้อมประทับตราบริษัทฯ Please inform the name of eligible members/employee in this form with Authorized Signature and Company Stamp

- โปรดแนบสำเนาบัตรประชาชน/ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอเอาประกันภัยที่รับรองสำเนาถูกต้อง Please attach the copy of applicant's identification card or Copy of registered address and certified copy

.....
(.....)
ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนาม พร้อมประทับตรา
(Authorized Signature and Company Stamp)
วันที่ (Date)/...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ บมจ. อลิอันซ์ อยุธยา ประกันชีวิต (For Staff Only)

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มเลขที่ (Group Policy No.)

วันที่เริ่มมีผลบังคับ (Effective Date)

ลายมือชื่อเจ้าหน้าที่ (Signature)