

# แบบฟอร์มแจ้ง เปลี่ยนแปลง จำนวนเงินเอาประกันภัย/แผน ของผู้เอาประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม Change Request Form for Group Personal Accident Insurance



กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนสมบูรณ์ด้วยตัวบรรจง (Please complete this form in BLOCK CAPITALS)

ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ ..... กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มเลขที่ G.....

Policyholder Name

Group Personal Accident Policy No.

สมาชิกเลขที่ Member No.	ชื่อ - นามสกุล ผู้เอาประกันภัย ( กรุณาระบุ คำนำหน้านาม เช่น นาย , นาง, นางสาว, เด็กชาย, เด็กหญิง) Name-Surname of Members Mr./ Mrs. / Miss / Master	รายละเอียดการเปลี่ยนแปลง (Change Detail)						วันที่มีการ เปลี่ยนแปลง Date of Change	หมายเหตุ Remark
		แผนประกันภัย Insurance Plan		จำนวนเงินเอาประกันภัย Sum Assured		ตำแหน่ง Position			
		เดิม Present	ใหม่ New	เดิม Present	ใหม่ New	เดิม Present	ใหม่ New		

**ข้อปฏิบัติ Recommendation**

- โปรดแจ้งรายละเอียดให้บริษัทฯ ทราบทันทีที่มีการเปลี่ยนแปลง บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการเรียกหลักฐานการเอาประกันภัยเพิ่มเติม และกำหนดวันที่เริ่มความคุ้มครองใหม่ ตามเงื่อนไขการพิจารณาของบริษัทฯ Notification of change must be notified immediately and we reserve the right to set the effective date upon our consideration.

- สำหรับสมาชิก/พนักงานที่มีการเปลี่ยนแปลงจำนวนเงินเอาประกันภัยรวมที่ได้รับความคุ้มครองอยู่เดิมตั้งแต่ 1,000,000 บาท ขึ้นไป โปรดกรอกใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ (Group PA) และอาจจะต้องตรวจสุขภาพตามหลักเกณฑ์การพิจารณารับประกันภัยของบริษัทฯ Any change which results in an increasing amount of Sum Assured equal to or exceed 1,000,000 Baht, please fill out the PA Application Form (Group PA) and Insured may be required to undergo a medical examination upon our consideration.

.....  
 (.....)  
 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) .....