

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

1. ผู้เอาประกันภัยจะต้องส่งเอกสารการเรียกร้อง พร้อมหลักฐานที่แสดงถึงการเข้ารับการรักษาพยาบาลตามแบบฟอร์มของบริษัทฯ ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่เจ็บป่วย หรือ วันที่ประสบอุบัติเหตุ
2. เอกสารประกอบการเรียกร้อง (โปรดเรียงตามลำดับ)
 - 2.1. แบบฟอร์มเรียกرسومใหม่อุบัติเหตุ หรือ ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน (AI/PA/IPD) ตามแบบฟอร์มบริษัทฯ โดยให้ผู้เอาประกันภัยกรอกข้อความให้ครบถ้วนทุกรายการ พร้อมลงนามทั้ง 2 แห่ง ที่ช่องลายเซ็นผู้เอาประกันภัย (เลขที่บัตรประชาชน หมายถึงเลขที่บัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย)
 - 2.2. รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษาตามแบบฟอร์มบริษัท ฯ (ด้านหลังแบบฟอร์มเรียกرسومใหม่อุบัติเหตุ หรือ ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน) โดยให้แพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่งที่มีใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์และเป็นแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษากรอรายละเอียดให้ครบถ้วนทุกรายการพร้อมลงนามและประทับตราสถานพยาบาล ในกรณีเรียกرسومผลประโยชน์เพิ่มเติมตามสัญญา HB Plus เนื่องจากได้รับการผ่าตัดซับซ้อน หรือผ่าตัดใหญ่ ต้องแนบเอกสารรายงานการผ่าตัด (Operative Note) ประกอบด้วย
 - 2.3. ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลต้นฉบับ (กรณีเรียกرسومค่ารักษารายวันอย่างเดียวให้ใช้สำเนาใบเสร็จได้)
 - 2.4. ใบแจกแจงรายการค่ารักษาทุกรายการ พร้อมรายละเอียดการรับประทานยา
 - 2.5. หนังสือยินยอมที่กรอกโดยครบถ้วน พร้อมลงลายมือชื่อ *
 - 2.6. หลักฐานสำเนาบัตรประชาชนที่รับรองสำเนาแล้ว *
 - 2.7. หลักฐานสำเนากการเปลี่ยนแปลง 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 ในการรับเงินสินไหมสำหรับท่านที่ไม่เคยแจ้งความจำนงขอรับเงินผลประโยชน์ ผ่านบัญชีธนาคาร ท่านสามารถแจ้งความจำนงขอรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคารได้ โดยจัดส่งเอกสารดังต่อไปนี้มายังบริษัทฯ

1. แบบฟอร์ม หนังสือแจ้งความจำนงขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีธนาคารฯ
2. สำเนาหน้าสมุดเงินฝากธนาคาร พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมอุบัติเหตุ,
ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน หรือโรคร้ายแรง (AI/PA/IPD/CI)



C 30010001



เลขที่บัตรประชาชน ---

- กรุณากรอกแบบฟอร์มให้ครบถ้วน และส่งคืนบริษัทฯ พร้อมแนบใบสรุปรายการค่ารักษาและใบเสร็จของโรงพยาบาลภายใน 30 วัน นับตั้งแต่วันที่ออกจากโรงพยาบาล
- รับเงินค่าสินไหมเร็วขึ้น เพียงสมัครบริการขอรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคาร คิวคิวไลฟ์แบบฟอร์มที่ www.azay.co.th หรือเซอวิสต์ เซ็นเตอร์ทุกสาขา

- เช็กผลการพิจารณาสินไหมที่ <http://www.azay.co.th/myinsurance>
- ต้องการเอกสารคืนหรือไม่ ไม่ต้องการ ต้องการให้ส่งเอกสารไปที่ ที่อยู่ของผู้เอาประกันที่ระบุในแบบฟอร์มนี้ ตัวแทนที่ระบุในแบบฟอร์มนี้ อื่น ๆ โปรดระบุ.....

เลขที่กรมธรรม์ _____
ชื่อผู้นำส่ง _____ โทรศัพท์ _____ วันนำส่ง _____
ชื่อตัวแทน | ผู้บริหารตัวแทน | นายหน้า _____ รหัส _____ โทรศัพท์ _____
หน่วย | เขต | ภาค | ธนาคาร _____ สาขา _____ โทรสาร _____

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 ขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง และทราบดีว่า หากข้อความไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือไม่ครบถ้วนอาจมีผลต่อการเรียกร้องค่าทดแทนอุบัติเหตุ ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน และการพิจารณาต่อสัญญาประกันภัยของบริษัทฯ ได้

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้บริษัทฯ ทำการเปลี่ยนแปลงที่อยู่เป็นที่อยู่ปัจจุบันตามที่ระบุข้างต้นในกรมธรรม์ดังต่อไปนี้

1. _____ 2. _____ 3. _____

หมายเหตุ : เอกสารสินไหมจะส่งไปยังที่อยู่ล่าสุดที่ท่านได้แจ้งการเปลี่ยนแปลงไว้กับบริษัทฯ

ลงชื่อ _____ ผู้เอาประกัน _____ วันที่ _____

(_____) ***กรณีผู้เอาประกันเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์

หนังสือแจ้งความจำนง

ข้าพเจ้าตกลงมอบฉันทะให้แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลทุกแห่ง เปิดเผยข้อมูลประวัติสุขภาพ ประวัติทางการแพทย์ การตรวจรักษา หรือการดำเนินการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องของข้าพเจ้า พร้อมสำเนาเอกสารให้แก่ บริษัทฯ และยินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม ใช้ ปรับปรุง รวมถึงทำการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าตลอดไป ทั้งในและต่างประเทศ เพื่อประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทนและการปฏิบัติตามสัญญาประกันภัย อนึ่ง สำเนาของหนังสือฉบับนี้ถือว่า มีผลบังคับได้เช่นเดียวกับเอกสารต้นฉบับทุกประการ

ลงชื่อ _____ ผู้เอาประกัน _____

(_____)

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 DateTime Discharge DateTime.....

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.ICD10Diagnosis 2. ICD10

Diagnosis 3.ICD10Diagnosis 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 Yeswks (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 extended 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 ผู้ใดในการประกอบการงานวิชนแพทย์ ทำคำรับรองหรือเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชน ผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญา ตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโดยหนึ่ง

หนังสือยินยอม

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/ นาง/ นางสาวอายุ.....ปี บัณฑิต
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 ที่บริษัทฯ เห็นควร โดยข้าพเจ้าจะไม่ใช้สิทธิเพิกถอนความยินยอมข้างต้น
การกระทำใด ๆ ของบริษัทฯ และ/หรือผู้รับมอบอำนาจหรือบุคคลที่บริษัทฯ เห็นควร 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 เพียงท่านระบุหมายเลขโทรศัพท์มือถือ และอีเมลในแบบฟอร์มนี้

เรียน บมจ. อลิอันซ์ อยุธยา ประกันชีวิต วันที่.....
และผู้จัดการธนาคาร.....สำนักงาน/สาขา..... หรือผู้จัดการบริษัทที่ออกบัตรเครดิต.....
ข้าพเจ้า(นาย, นาง, นางสาว)..... บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ ๙-๙๙๙๙-๙๙๙๙-๙๙-๙๙

โทรศัพท์บ้าน..... ที่ทำงาน..... 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 แจ้งไม่ว่าโดยวิธีการใด เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ข้าพเจ้าตกลงที่จะดำเนินการเรียกร้องเงินจำนวนดังกล่าวจากบริษัทฯ 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 เนื่องจากภาระการกระทำใดๆ ของข้าพเจ้า ข้าพเจ้ายินยอมรับค่าใช้จ่ายหรือค่าเสียหายแก่สถาบันผู้ออกบัตรเครดิต 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 ผู้อื่น ความสัมพันธ์..... (เฉพาะบิดา มารดา คู่สมรส และบุตร ที่ถูกต้องตามกฎหมายเท่านั้น)

2.1 การที่บริษัทฯ ได้นำเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์เข้าบัญชีดังกล่าว ให้ถือเสมือนหนึ่งว่า บริษัทฯ ได้จ่ายผลประโยชน์ให้แก่ข้าพเจ้าตามข้อกำหนด และเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัยโดยให้ถือว่าบริษัทฯ หลุดพ้นจากภาระหนี้สินใดๆ ที่มีต่อข้าพเจ้าแล้ว 2.2 กรณีที่ บริษัทฯ ไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีดังกล่าว ไม่ว่าด้วยสาเหตุใดๆ ก็ตาม ข้าพเจ้ายินได้รับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ข้างต้นเป็นเช็ค หรือตราพท์ ตามวิธีการปกติของบริษัทฯ 2.3 กรณีที่ศาลได้มีคำสั่งพิทักษ์ทรัพย์ หรือพิพากษาให้ผู้ถือกรมธรรม์/ผู้เอาประกันภัยกลายเป็นบุคคลล้มละลาย ให้ถือว่าการรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีธนาคารมีผลสิ้นสุดลงทันทีที่มีเหตุดังกล่าว 2.4 ข้าพเจ้ารับทราบว่าการจ่ายเงินผลประโยชน์ดังกล่าวจะมีผลบังคับเมื่อข้าพเจ้าได้รับหนังสือยืนยันจากบริษัทฯ

ข้าพเจ้าตกลงและยินยอมให้บริษัทฯ ธนาคาร และบริษัทผู้ออกบัตรเครดิตตามที่ระบุไว้ในหนังสือฉบับนี้ เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลต้องห้าม หรือข้อมูลอื่นๆ ของข้าพเจ้า เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติตามสัญญาประกันภัย การหักค่าเบี้ยประกันภัยจากบัญชีเงินฝากธนาคาร หรือหักบัตรเครดิตโดยอัตโนมัติ การขอรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคารของข้าพเจ้า และเพื่อประโยชน์อื่นๆ ตามที่เห็นสมควรทั้งในประเทศหรือต่างประเทศตลอดไป ทั้งนี้ ข้าพเจ้าตกลงสงวนสิทธิ์ยกเลิก/แก้ไข/ลบล้างความยินยอมดังกล่าวจนกว่าความคุ้มครองตามสัญญาประกันภัยของข้าพเจ้า หรืออายุความในการฟ้องคดีสิ้นสุดลง แล้วแต่ระยะเวลาสิ้นสุดภายหลัง

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดดำเนินการตามความประสงค์ของข้าพเจ้า ทั้งนี้หากมีการเปลี่ยนแปลงเลขที่บัญชีธนาคารหรือเลขที่บัตรเครดิต หรือยกเลิกความยินยอมตามหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าจะแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรแก่บริษัทฯ และธนาคาร ล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วัน

ลงชื่อ..... เจ้าของกรมธรรม์/ผู้เอาประกันภัย ลงชื่อ..... เจ้าของบัญชีผู้ให้ความยินยอม
(โปรดเซ็นชื่อให้เหมือนกับลายเซ็นในกรมธรรม์) (ลายเซ็นตามตัวอย่างที่ให้กับธนาคารหรือให้ไว้ในบัตรเครดิต)

โปรดแนบสำเนาบัญชีธนาคารของท่านพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องมาเพื่อเป็นหลักฐาน

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

กรมหักบัญชีเงินฝากธนาคาร : ดันฉบับ-สำเนาบริษัทฯ | กรมหักบัญชีเงินฝากธนาคาร : ดันฉบับ-สำเนาบริษัทฯ | กรมหักบัญชีเงินฝากธนาคาร : ดันฉบับ-สำเนาบริษัทฯ