แบบฟอร์มแจ้ง เปลี่ยนแปลง จำนวนเงินเอาประกันภัย/แผนของผู้เอาประกันชีวิตกลุ่ม Change Request Form for Group Life Insurance

Allianz AYUDHYA

กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนสมบูรณ์ด้วยตัวบรรจง (Please complete this form in BLOCK CAPITALS)

ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ ..... กรมธรรม์ประกันชีวิตกลุ่มเลขที่ G.....

Policyholder Name Group Life Policy No.

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

ข้อปฏิบัติ Requirement

- ต้องแจ้งรายละเอียด ภายใน 31 วัน นับตั้งแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลง หากพ้นกำหนดดังกล่าว บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ ในการเรียกหลักฐานแสดงความสามารถในการขอเอาประกันภัยเพิ่มเติม เพื่อพิจารณารับประกันภัย และ กำหนดวันที่เริ่มความคุ้มครองใหม่ ตามเงื่อนไขการพิจารณาของบริษัทฯ Notification of change must be received within 31 days after the changed date. If noticed is received after the eligibility period, we reserve the right to request for additional evidence of insurability and set the effective date upon our consideration.
- สำหรับสมาชิก/พนักงานที่มีการเปลี่ยนแปลงใดๆ อันมีผลให้จำนวนเงินเอาประกันภัยเพิ่มขึ้นจนเกิน จำนวนเงินเอาประกันภัยสูงสุด ที่สามารถเอาประกันภัยได้ ซึ่งไม่ต้องแสดงหลักฐาน (Free Cover Limit) นั้นจะต้องกรอกคำร้องขอเปลี่ยนแปลงของผู้เอาประกันภัยกลุ่ม และอาจจะต้องตรวจสุขภาพ ตามหลักเกณฑ์การพิจารณารับประกันภัยของบริษัทฯ

Any change which results in an increasing amount of Sum Assured exceed free cover limit, please fill out the Request for Change of Group Insurance Member Form and the insured may be required to undergo medical examination upon our consideration.

……

(……..)

ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนาม พร้อมประทับตรา

(Authorized Signature and Company Stamp)

วันที่ (Date) ……/……/……..