แบบฟอร์มแจ้ง ยกเลิก ความคุ้มครองผู้เอาประกันชีวิตกลุ่ม Termination 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

สมาชิกเลขที่ Member No.	ชื่อ - นามสกุล ผู้เอาประกันภัย Name-Surname of Members	วันที่พ้นสภาพการเป็นสมาชิก/พนักงาน Termination Effective Date	**หมายเหตุ** Remark

ข้อปฏิบัติ Requirement

- ต้องแจ้งให้บริษัทฯ ทราบทันที (ภายใน 31 วัน) เมื่อทราบว่ามีสมาชิก/พนักงานพ้นสภาพการเป็นสมาชิก/พนักงานขององค์กร Employers are required to notify AZAY immediately or 31 days prior to the effective date of the termination of employee coverage.
- หากพ้นกำหนดดังกล่าว บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิกำหนดวันที่พ้นสภาพการเป็นสมาชิกตามเงื่อนไขการพิจารณาของบริษัทฯ Termination date will be effective on the date you sign the request, if evidence of termination is not sent; otherwise, on the date of approval by AZAY.
- ต้องเรียกบัตรประจำตัวสมาชิกประกันภัยกลุ่มคืนจากสมาชิก/พนักงานที่พ้นสภาพ เพื่อป้องกันความเสียหายซึ่งอาจจะเกิดขึ้นจากการนำบัตรฯ ไปใช้โดยไม่มีสิทธิ ซึ่งองค์กรของสมาชิก/พนักงานจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบ (ถ้ามี) Please take back the member card to prevent the fraudulent use. If Insured has used the Member card for any reason whatsoever, the Policyholder must repay all the damages (if any).
- ความคุ้มครองของคู่สมรสและ/หรือบุตรของสมาชิก/พนักงาน จะสิ้นผลบังคับทันทีที่ความคุ้มครองของสมาชิก/พนักงานสิ้นสุดลง Dependent coverage will end on the date that the Member/Employee's coverage terminates.
- วันที่พ้นสภาพการเป็นสมาชิก/พนักงาน หมายถึง ให้ระบุวันที่ถัดจากวันสุดท้ายของการเป็นสมาชิก/พนักงาน Termination effective date is the date after the last employment date.

……..……..…..

(……..)

ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนาม พร้อมประทับตรา

(Authorized Signature and Company Stamp)

วันที่ (Date) ……../……../…….