Allianz AYUDHYA

แบบฟอร์มแจ้งออกเช็คฉบับใหม่

- **ฟรี บริการ SMS เพื่อรับทราบข่าวสาร / สิทธิพิเศษ และกิจกรรมดีๆ จากบริษัทฯ ก่อนใคร ง่ายๆ เพียงท่านระบุโทรศัพท์มือถือและอีเมล์ ลงในแบบฟอร์มนี้**
- **เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการรับเงินครั้งต่อไป และลดปัญหาเรื่องเช็คสูญหาย / ไม่ได้รับเช็ค บริษัทฯ ขอแนะนำให้ท่านสมัครใช้บริการรับเงินผลประโยชน์ฯ ผ่านบัญชีธนาคารอัตโนมัติสินใจสมัคร ดาวน์โหลดแบบฟอร์มที่ www.azay.co.th หรือโทร. 1373 (ฟรี ไม่มีค่าใช้จ่าย)**

วันที่ .....

เรียน ฝ่ายการเงิน

ข้าพเจ้า ..... หมายเลขกรมธรรม์ที่ต้องการออกเช็คใหม่.....

มีความประสงค์ขอให้ออกเช็คฉบับใหม่ เนื่องจาก .....

รายละเอียดของเช็คฉบับเดิมที่ต้องการออกเช็คฉบับใหม่ทดแทน

☐ เช็คเงินปันผล จำนวนเงิน..... บาท เลขที่เช็ค .....ลงวันที่ .....

☐ เช็คสินไหม จำนวนเงิน..... บาท เลขที่เช็ค .....ลงวันที่ .....

☐ เช็คเงินจ่ายคืน จำนวนเงิน..... บาท เลขที่เช็ค .....ลงวันที่ .....

☐ เช็คเงินกู้ จำนวนเงิน..... บาท เลขที่เช็ค .....ลงวันที่ .....

☐ เช็คเวนคืน จำนวนเงิน..... บาท เลขที่เช็ค .....ลงวันที่ .....

☐ เช็คอื่นๆ จำนวนเงิน..... บาท เลขที่เช็ค .....ลงวันที่ .....

สถานที่จัดส่งเช็คฉบับใหม่ (โปรดเขียนตัวบรรจงเพื่อความถูกต้องในการจัดส่ง)

☐ ส่งตามที่อยู่ตามกรมธรรม์ กรณีที่ท่านไม่ทราบ โปรดระบุ .....

.....

☐ ส่งตามที่อยู่ใหม่ดังนี้

ที่อยู่ปัจจุบัน .....

โทรศัพท์บ้าน .....โทรศัพท์มือถือ.....อีเมล.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้บริษัทฯทำการเปลี่ยนแปลงที่อยู่ ตามที่ระบุข้างต้นในกรมธรรม์ดังนี้

☐ ทุกกรมธรรม์

☐ เฉพาะกรมธรรม์ (1).....(2).....(3).....

☐ ส่งผ่านตัวแทน (ระบุชื่อหน่วยงาน) .....

(ระเบียบในการส่งผ่านตัวแทน จะเป็นไปตามเงื่อนไขเดียวกันกับการออกเช็คฉบับแรกเท่านั้น)

☐ ส่งผ่านศูนย์ดูแลลูกค้า (ระบุเจ้าหน้าที่) .....

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ .....ผู้รับเรื่อง

(.....)

วันที่ .....

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกัน

(.....)

วันที่ .....

Allianz AYUDHYA

10020005

หนังสือยินยอมหักค่าเบี้ยประกันภัย และขอรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคารอัตโนมัติ

(ผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ในที่นี้ หมายถึง เฉพาะสินไหมสุขภาพและสินไหมอุบัติเหตุ เงินปันผล และเงินคืนตามเงื่อนไขกรมธรรม์เท่านั้น)

รู้ผลการสมัครหักค่าเบี้ยฯ และรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีอัตโนมัติ และข้อมูลข่าวสารจากบริษัทฯ ก่อนใคร ง่ายๆ เพียงท่านระบุหมายเลขโทรศัพท์มือถือ และอีเมลในแบบฟอร์มนี้

วันที่.....

เรียน บมจ. อลิอันซ์ อยุธยา ประกันชีวิต

และผู้จัดการธนาคาร.....สำนักงาน/สาขา.....

ข้าพเจ้า(นาย, นาง, นางสาว) ..... บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ ␣-␣␣␣␣-␣␣␣␣␣-␣␣-␣

โทรศัพท์บ้าน ..... ที่ทำงาน ..... มือถือ .....เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยของกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งออกโดย บมจ. อลิอันซ์ อยุธยา ประกันชีวิต (“บริษัทฯ”) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. กรมธรรม์เลขที่..... ชื่อผู้เอาประกันภัย.....

2. กรมธรรม์เลขที่..... ชื่อผู้เอาประกันภัย.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้ธนาคารหักบัญชีเงินฝากธนาคารอัตโนมัติและขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีธนาคารโดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้

1. <u>สำหรับการชำระค่าเบี้ยประกันภัย</u> ตามกรมธรรม์ข้างต้น ข้าพเจ้ายินยอมให้หัก

☐ บัญชีเงินฝาก<u>ออมทรัพย์</u> ธนาคาร.....เลขที่.....ชื่อบัญชี.....

ให้แก่บริษัทฯ ทุกงวด

1.1 กรณีหักจากบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ ข้าพเจ้ายอมรับว่า (ก) ธนาคารจะหักเงินก็ต่อเมื่อเงินในบัญชีมีเพียงพอในขณะนั้นเท่านั้น (ข) หากธนาคารไม่สามารถหักเงินตามข้อ (ก) ได้ไม่ว่าสาเหตุใดก็ตาม ให้ถือว่ายังไม่มีการชำระเบี้ยประกันภัย (ค) หากในภายหลังพบว่าจำนวนเงินที่บริษัทฯ แจ้งแก่ธนาคารไม่ถูกต้อง แต่ธนาคารได้ทำการหักเงินจากบัญชีดังกล่าวตามจำนวนเงินที่บริษัทฯ แจ้งไม่ว่าโดยวิธีการใดๆ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ข้าพเจ้าตกลงที่จะดำเนินการเรียกร้องเงินจำนวนดังกล่าวจากบริษัทฯ โดยตรงและขอสละสิทธิ์ในการเรียกร้องหรือฟ้องร้องให้ธนาคารชดใช้เงินจำนวนนั้น (ง) ธนาคารไม่มีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของจำนวนเงินที่ได้รับแจ้งจากบริษัทฯ (จ) ข้าพเจ้าไม่ประสงค์ให้ธนาคารแจ้งการหักบัญชีแต่อย่างใด เนื่องจากรายการดังกล่าวปรากฏอยู่ในสมุดคู่ฝาก/Statement ของธนาคารหรือเอกสารการรับเบี้ยประกันภัยของบริษัทฯ

1.2 หากข้าพเจ้าเลือกรับเงินปันผลโดยให้นำไปหักชำระค่าเบี้ยประกันภัย ข้าพเจ้ายินดีเปลี่ยนวิธีรับเงินปันผลเป็นเช็คหรือโอนเงินปันผลเข้าบัญชีธนาคารตามที่ข้าพเจ้าได้ระบุไว้ในข้อ 2

1.3 กรณีที่บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ในข้อ 1 หรือค่าเบี้ยประกันภัย ได้เปลี่ยนแปลงไม่ว่าโดยสาเหตุใดก็ตาม หนังสือแจ้งความประสงค์ฉบับนี้ ยังคงมีผลบังคับใช้กับบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ซึ่งเป็นบัญชีใหม่ หรือค่าเบี้ยประกันภัยที่ได้เปลี่ยนแปลงนั้นๆ ทุกประการ

2. <u>สำหรับการขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์</u> ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ นำเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ข้างต้นโอนเข้า

☐ บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ เลขที่เดียวกันกับเลขที่บัญชีที่ระบุ ในข้อ 1 <u>หรือ</u>

☐ บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ธนาคาร..... เลขที่ ..... ชื่อบัญชี.....

ซึ่งบัญชีดังกล่าวเป็นบัญชีของ ☐ ข้าพเจ้า ☐ ผู้อื่น ความสัมพันธ์ ..... **(เฉพาะบิดา มารดา คู่สมรส และบุตร ที่ถูกต้องตามกฎหมายเท่านั้น)**

2.1 การที่บริษัทฯ ได้นำเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์เข้าบัญชีดังกล่าว ให้ถือเสมือนหนึ่งว่า บริษัทฯ ได้จ่ายผลประโยชน์ให้แก่ข้าพเจ้าตามข้อกำหนด และเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย โดยให้ถือว่าบริษัทฯ หลุดพ้นจากภาระหนี้สินใดๆ ที่มีต่อข้าพเจ้าแล้ว 2.2 กรณีที่ บริษัทฯ ไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีดังกล่าว ไม่ว่าด้วยสาเหตุใดๆ ก็ตาม ข้าพเจ้ายินดีรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ข้างต้นเป็นเช็ค หรือดราฟท์ ตามวิธีการปกติของบริษัทฯ 2.3 กรณีที่ศาลได้มีคำสั่งพิทักษ์ทรัพย์ หรือพิพากษาให้ผู้ถือกรมธรรม์/ผู้เอาประกันภัยตกเป็นบุคคลล้มละลาย ให้ถือว่าการรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีธนาคารมีผลสิ้นสุดลงทันทีที่มีเหตุดังกล่าว 2.4 ข้าพเจ้ารับทราบว่าการจ่ายเงินผลประโยชน์ดังกล่าวจะมีผลบังคับเมื่อข้าพเจ้าได้รับหนังสือยืนยันจากบริษัทฯ แล้ว

ข้าพเจ้าตกลงและยินยอมให้บริษัทฯ ธนาคาร ตามที่ระบุไว้ในหนังสือฉบับนี้ เก็บ รวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลต้องห้าม หรือข้อมูลอื่นๆ ของข้าพเจ้า เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติตามสัญญาประกันภัย การหักค่าเบี้ยประกันภัยจากบัญชีเงินฝากธนาคารโดยอัตโนมัติ การขอรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคารของข้าพเจ้า และเพื่อประโยชน์อื่นๆ ตามที่เห็นสมควรทั้งในประเทศหรือต่างประเทศตลอดไป ทั้งนี้ ข้าพเจ้าตกลงสละสิทธิ์ยกเลิก/แก้ไข/ลบล้างความยินยอมดังกล่าวจนกว่าความคุ้มครองตามสัญญาประกันภัยของข้าพเจ้า หรืออายุความในการฟ้องคดีสิ้นสุดลง แล้วแต่ระยะเวลาใดสิ้นสุดภายหลัง

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดดำเนินการตามความประสงค์ของข้าพเจ้า ทั้งนี้หากมีการเปลี่ยนแปลงเลขที่บัญชีธนาคาร <u>หรือยกเลิกความยินยอมตามหนังสือฉบับนี้</u> ข้าพเจ้าจะแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรแก่บริษัทฯ และธนาคาร ล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วัน

ลงชื่อ.....เจ้าของกรมธรรม์/ผู้เอาประกันภัย

( )

(โปรดเซ็นชื่อให้เหมือนกับลายเซ็นในกรมธรรม์)

ลงชื่อ.....เจ้าของบัญชีผู้ให้ความยินยอม

( )

(ลายเซ็นตามตัวอย่างที่ให้กับธนาคาร)

โปรดแนบสำเนาบัญชีธนาคารของท่านพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องมาเพื่อเป็นหลักฐาน

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

สำหรับการหักบัญชีเงินฝากธนาคาร ตรวจสอบลายเซ็นแล้วถูกต้องโดยธนาคาร.....สาขา.....

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจลงนามสาขา

( )

กรณีหักบัญชีเงินฝากธนาคาร : ต้นฉบับ-สำหรับธนาคาร , สำเนา: สำหรับบริษัทฯ