

คำร้องขอเปลี่ยนแปลง/กลับคืนสู่สถานะเดิม และขอต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัย

ตัวแทน/นายหน้า รหัสตัวแทน หน่วยงาน/เขต/ภาค
สาขา/สำนักงานตัวแทน โทร.

กรุณากรอรายละเอียดในส่วนนี้ให้ครบถ้วน กรมธรรม์เลขที่ วันที่
ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย นาย/นาง/น.ส. (อังกฤษ)
โทรศัพท์มือถือ* อีเมล
**ข้อมูลสำคัญ กรุณาระบุ เพื่อบริษัท สามารถให้การบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากหมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ระบุมาในใบคำร้องฯ นี้ ต่างจากที่เคยแจ้งไว้กับบริษัท บริษัทจะดำเนินการปรับปรุงหมายเลขโทรศัพท์มือถือในกรมธรรม์ทุกฉบับที่ท่านมีอยู่กับบริษัท ให้เป็นปัจจุบันตามที่ท่านระบุมาในคำร้องฯ ฉบับนี้*
วัน/เดือน/ปีเกิด เกิดที่ประเทศ สัญชาติ กรณีถือมากกว่า 1 สัญชาติ โปรดระบุ
ท่านมีรายได้หรือมีสถานประกอบการหรือเสียหรือเคยเสียภาษีตามกฎหมายประเทศไทยใดบ้าง
เอกสารประกอบ สำเนาบัตรประชาชน สำเนาหนังสือเดินทาง สำเนาทะเบียนบ้าน
 กรีนการ์ด เอกสารอื่น โปรดระบุ

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะขอเปลี่ยนแปลงข้อมูล ขอกลับคืนสู่สถานะเดิม และ/หรือขอต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ดังกล่าวข้างต้น ดังต่อไปนี้

1. ที่อยู่/สถานที่ติดต่อ (การเปลี่ยนแปลงที่อยู่ปัจจุบันและที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน บริษัทจะเปลี่ยนแปลงในกรมธรรม์ทุกฉบับที่ทำได้กับบริษัท)

ที่อยู่ปัจจุบันเป็น
บ้านเลขที่ หมู่บ้าน/อาคาร หมู่ ซอย
ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต
จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทร อีเมล

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเป็น
บ้านเลขที่ หมู่บ้าน/อาคาร หมู่ ซอย
ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต
จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทร

สถานที่ทำงานเป็น
บ้านเลขที่ หมู่บ้าน/อาคาร หมู่ ซอย
ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต
จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทร

กรุณาระบุสถานที่ในการจัดส่งเอกสาร ที่อยู่ปัจจุบัน ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ที่อยู่สถานที่ทำงาน
ประสงค์เปลี่ยนแปลงสถานที่จัดส่งเอกสารตามข้างต้น ทุกกรมธรรม์ เฉพาะกรมธรรม์เลขที่ ดังต่อไปนี้
1..... 2..... 3..... 4.....

2. สมัครรับเอกสารทางอีเมล*

โปรดระบุอีเมล สำหรับกรมธรรม์ประกันภัย ทุกกรมธรรม์ เฉพาะกรมธรรม์เลขที่ ดังต่อไปนี้
1..... 2..... 3..... 4.....

*สำหรับเอกสารที่บริษัทจัดทำในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์เท่านั้น

3. ชื่อ นามสกุล และ/หรือลายมือชื่อ (พร้อมแนบหลักฐานการเปลี่ยนชื่อและ/หรือนามสกุล ที่ออกจากทางราชการ และสำเนาบัตรประชาชนชื่อ นามสกุลใหม่)

- ผู้เอาประกันภัย จากเดิมเป็น (นาย/นาง/น.ส.)
- ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย จากเดิมเป็น (นาย/นาง/น.ส.)
- ผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์ จากเดิมเป็น (นาย/นาง/น.ส.)
- ลายมือชื่อ ผู้เอาประกันภัย ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ลายมือชื่อเดิม.....ลายมือชื่อใหม่.....

4. ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ชื่อ-นามสกุล นาย/นาง/น.ส..... (อังกฤษ).....

วัน/เดือน/ปีเกิดเกิดที่ประเทศ.....สัญชาติ.....ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย.....

- เอกสารประกอบ สำเนาบัตรประชาชน สำเนาหนังสือเดินทาง สำเนาทะเบียนบ้าน
- กรีนการ์ด เอกสารอื่น โปรดระบุ.....

ลายมือชื่อผู้ชำระเบี้ยฯ ท่านเดิม.....ลายมือชื่อผู้ชำระเบี้ยฯ ท่านใหม่.....

กรุณาระบุที่อยู่ในการจัดส่งเอกสารของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยท่านใหม่

บ้านเลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....หมู่.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทร.....อีเมล.....

5. ผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัย จากเดิมทั้งหมดเป็นตามที่ระบุใหม่ ดังต่อไปนี้

5.1 ชื่อ-นามสกุล นาย/นาง/น.ส..... (อังกฤษ).....

วัน/เดือน/ปีเกิด.....เกิดที่ประเทศ.....สัญชาติ.....

กรณีถือมากกว่า 1 สัญชาติ โปรดระบุ.....ความสัมพันธ์.....ร้อยละของผลประโยชน์.....

- เอกสารประกอบ สำเนาบัตรประชาชน สำเนาหนังสือเดินทาง สำเนาทะเบียนบ้าน
- กรีนการ์ด เอกสารอื่น โปรดระบุ.....

5.2 ชื่อ-นามสกุล นาย/นาง/น.ส..... (อังกฤษ).....

วัน/เดือน/ปีเกิด.....เกิดที่ประเทศ.....สัญชาติ.....

กรณีถือมากกว่า 1 สัญชาติ โปรดระบุ.....ความสัมพันธ์.....ร้อยละของผลประโยชน์.....

- เอกสารประกอบ สำเนาบัตรประชาชน สำเนาหนังสือเดินทาง สำเนาทะเบียนบ้าน
- กรีนการ์ด เอกสารอื่น โปรดระบุ.....

5.3 ชื่อ-นามสกุล นาย/นาง/น.ส..... (อังกฤษ).....

วัน/เดือน/ปีเกิด.....เกิดที่ประเทศ.....สัญชาติ.....

กรณีถือมากกว่า 1 สัญชาติ โปรดระบุ.....ความสัมพันธ์.....ร้อยละของผลประโยชน์.....

- เอกสารประกอบ สำเนาบัตรประชาชน สำเนาหนังสือเดินทาง สำเนาทะเบียนบ้าน
- กรีนการ์ด เอกสารอื่น โปรดระบุ.....

6. ออกกรมธรรม์ใหม่ เนื่องจาก

- สูญหาย (กรุณาแนบบันทึกประจำวันและหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียม 500 บาท)
- ชำรุด (กรุณาแนบบกรมธรรม์ฉบับที่ชำรุด)

7. การเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยหลัก (พร้อมแนบหนังสือรับรองสุขภาพ)

- ขอกลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์ประกันภัยแบบย้อนหลัง
- ขอต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัยกรณีที่เกิดผลบังคับโดย ต่ออายุแบบย้อนหลัง ต่ออายุแบบไม่ย้อนหลัง
- ขอเปลี่ยนแปลงแบบประกันภัยจากเดิมเป็นแบบ.....
- ขอเปลี่ยนแปลงจำนวนเงินเอาประกันภัยโดย ลด เพิ่ม จากเดิมเป็นจำนวนเงินเอาประกันภัยใหม่บาท
- ขอยกเลิกเงื่อนไขความไม่คุ้มครอง

8. ขอยกเลิกสัญญาเพิ่มเติมต่าง ๆ

- จำนวนเงินเอาประกันภัย/ความคุ้มครอง.....
- จำนวนเงินเอาประกันภัย/ความคุ้มครอง.....
- จำนวนเงินเอาประกันภัย/ความคุ้มครอง.....
- จำนวนเงินเอาประกันภัย/ความคุ้มครอง.....
- จำนวนเงินเอาประกันภัย/ความคุ้มครอง.....
- จำนวนเงินเอาประกันภัย/ความคุ้มครอง.....

9. ขอซื้อสัญญาเพิ่มเติมต่าง ๆ (พร้อมแนบหนังสือรับรองสุขภาพ)

- จำนวนเงินเอาประกันภัย/ความคุ้มครอง.....
- จำนวนเงินเอาประกันภัย/ความคุ้มครอง.....
- จำนวนเงินเอาประกันภัย/ความคุ้มครอง.....
- จำนวนเงินเอาประกันภัย/ความคุ้มครอง.....
- จำนวนเงินเอาประกันภัย/ความคุ้มครอง.....
- จำนวนเงินเอาประกันภัย/ความคุ้มครอง.....

10. งดการชำระเบี้ยประกันภัย จากเดิมเป็น รายปี ราย 6 เดือน ราย 3 เดือน รายเดือน

11. อาชีพ จากเดิมเป็น.....

12. วิธีขอรับเงินปันผล จากเดิมเป็น

- เงินสด หักชำระเบี้ยประกันภัยที่ครบกำหนดชำระ ผ่ากสะสมไว้กับบริษัทฯ โดยรับดอกเบี้ยทบต้น

13. การใช้สิทธิมูลค่ากรมธรรม์ (พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนา)

- ขอปิดบัญชี แบบขยายเวลาคุ้มครอง (คุ้มครองชีวิตด้วยจำนวนเงินเอาประกันภัยเท่าเดิม ในระยะเวลาเท่าเดิมหรือลดลง)
- ขอปิดบัญชี แบบใช้มูลค่าสำเร็จ (คุ้มครองชีวิตด้วยจำนวนเงินเอาประกันภัยเท่าเดิมหรือลดลง ในระยะเวลาเท่าเดิม)

14. ยกเลิกการหักเบี่ยประกันภัยอัตโนมัติ

ยกเลิกการหักเบี่ยประกันภัยผ่านบัญชีธนาคาร/บัตรเครดิตอัตโนมัติ/บัญชีรายเดือนผู้บริหารตัวแทน

15. การเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ

กรณีที่ต้องปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) และกฎหมายว่าด้วยการแลกเปลี่ยนข้อมูล เพื่อปฏิบัติตามความตกลงระหว่างประเทศเกี่ยวกับภาษีอากร (กฎหมาย CRS)

ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่า ข้อเท็จจริงตามสัญญาฉบับนี้ ตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่างๆ ที่ข้าพเจ้าได้แถลงและส่งมอบให้ไว้แก่ บริษัท ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจทั้งหมดเป็นอย่างดี และยอมรับว่าถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ นอกจากนี้ในกรณีที่ข้าพเจ้ามี สถานะเป็นบุคคลอเมริกัน ตามกฎหมาย FATCA หรือมีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศคู่สัญญาตามกฎหมาย CRS ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัท จำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย หรือรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA และกฎหมาย CRS รวมทั้งให้สิทธิแก่บริษัทดำเนินการตามที่กฎหมาย FATCA และ กฎหมาย CRS กำหนด

ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อการปฏิบัติตามสัญญาประกันภัยหรือคำร้องขอของข้าพเจ้า รายละเอียดตามคำชี้แจงเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ของบริษัทที่ปรากฏใน https://life.azay.co.th/th_TH/privacy/privacy-notice.html หรือสแกนคิวอาร์โค้ด



ลายมือชื่อ พยาน
()

ลายมือชื่อ
()

ผู้เอาประกันภัย

ลายมือชื่อ พยาน
()

ลายมือชื่อ
()

ผู้ชำระเบี่ยประกันภัยหรือผู้ให้ความยินยอมในฐานะบิดามารดาหรือ
ผู้ปกครองโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย
กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์หรือผู้รับโอนสิทธิ์เด็ดขาด

My Allianz

แอปฯ เดียวจบ ครบทุกเรื่องกรมธรรม์ ไม่ว่าจะอยู่ที่ไหน
ไม่ว่าเมื่อไหร่ คุณเข้าถึงกรมธรรม์ได้

- ตรวจสอบกรมธรรม์
- เคลมสินไหม
- เปลี่ยนแปลงข้อมูลส่วนตัว
- ชำระเบี่ยประกันภัย ได้ตลอด 24 ชั่วโมง*
- ดาวน์โหลดทุกเอกสารสำคัญ
- บริการกู้อินตามกรมธรรม์
- คับหาโรงพยาบาลในเครือช่วย
- ตรวจสอบกิจการกรมพิเศษ

*ยกเว้นกรมธรรม์ ยูนิค ลิงก์



My Allianz APP

สามารถดาวน์โหลดได้แล้วที่

