Allianz AYUDHYA

Allianz Ayudhya General Insurance Public Company Limited
898 Ploenchit Tower, Ploenchit Road, Khwang Lumpini,
Khet Pathumwan, Bangkok 10330
Tel. +66 2677 0000 Fax. +66 2230 6500

คำขอเอกสารรับรองการชำระเบี้ยประกันกรมธรรม์ประกันสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล

Request form for the payment of insurance premiums certificate of Health and Personal Accident Insurance

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ ..... ชื่อผู้เอาประกันภัย.....
Contract No. customer Name

เลขที่บัตรประชาชน
ID Card Number ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ถนน ..... ตรอก / ซอย .....
Address Moo Street Soi

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....
Sub-district District Province Postal Code

ชื่อผู้ชำระเบี้ยประกัน ..... ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย .....
Payer Name Relation

เลขที่บัตรประชาชน
ID Card Number ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

เลขที่ใบเสร็จรับเงิน ..... วันที่ชำระเงิน .....
Receipt no. Paid date

ช่องทางที่ท่านสะดวกในการรับเอกสาร / Delivery channel

☐ นำส่งทาง Email address .....

☐ นำส่งเอกสารตามที่อยู่ / Address .....

. .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันที่ระบุข้างต้น เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันจริง
พร้อมทั้งแนบหลักฐานแสดงความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย และข้อความนี้เป็นความจริงทุกประการ
I hereby ratify and confirm that all the above statement are true and complete.

ลงชื่อผู้รายงาน.....
Signature
วัน/เดือน/ปี.....
Date

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ.....
Aetna staff signature
วัน/เดือน/ปี.....
Date

หมายเหตุ / Remark

หากท่านกรอกข้อมูลข้างต้นสมบูรณ์ครบถ้วนเรียบร้อยแล้ว กรุณาส่งเอกสารมายัง e-Mail TH-membership@aetna.co.th

Please completed the form and send to TH-membership@aetna.co.th