

วันที่ _____
Date

กรมธรรม์เลขที่ _____
Group Policy Number

ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ _____
Policyholder Name

ผู้ถือกรมธรรม์มีความประสงค์ที่จะขอเปลี่ยนแปลงกรมธรรม์ดังกล่าวข้างต้นดังต่อไปนี้

The policyholder would like to request for changes in the above-mentioned master policy as follows:

1. ขอเปลี่ยนแปลงสัญญาหลัก (กรมธรรม์ประกันชีวิตกลุ่ม / กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม)

Change of details in master contract (Group Life / Group Accident)

เปลี่ยนแปลงจำนวนเงินเอาประกันภัย (change of sum assured)

แผน _____ เพิ่ม ลด จากเดิมเป็น _____ บาท
Plan _____ Increase Decrease New Sum Assured Baht

แผน _____ เพิ่ม ลด จากเดิมเป็น _____ บาท
Plan _____ Increase Decrease New Sum Assured Baht

แผน _____ เพิ่ม ลด จากเดิมเป็น _____ บาท
Plan _____ Increase Decrease New Sum Assured Baht

2. ขอเปลี่ยนแปลงสัญญาเพิ่มเติมต่าง ๆ Change of details in endorsement

2.1 สัญญาเพิ่มเติมสุขภาพ (ผู้ป่วยใน) In-patient Department coverage

แผน _____ ยกเลิก _____ ขอซื้อ _____
Plan _____ Delete _____ Add _____

แผน _____ ยกเลิก _____ ขอซื้อ _____
Plan _____ Delete _____ Add _____

แผน _____ ยกเลิก _____ ขอซื้อ _____
Plan _____ Delete _____ Add _____

2.2 สัญญาเพิ่มเติมอุบัติเหตุ Group Accident Coverage

แผน _____ ยกเลิก _____ ขอซื้อ _____
Plan _____ Delete _____ Add _____

แผน _____ ยกเลิก _____ ขอซื้อ _____
Plan _____ Delete _____ Add _____

แผน _____ ยกเลิก _____ ขอซื้อ _____
Plan _____ Delete _____ Add _____

2.3 สัญญาเพิ่มเติมอื่นๆ Other Coverage

แผน Plan	<input type="checkbox"/> ยกเลิก Delete	<input type="checkbox"/> ขอซื้อ Add
แผน Plan	<input type="checkbox"/> ยกเลิก Delete	<input type="checkbox"/> ขอซื้อ Add
แผน Plan	<input type="checkbox"/> ยกเลิก Delete	<input type="checkbox"/> ขอซื้อ Add

3. เปลี่ยนงวดการชำระเบี้ยประกันภัย จากเดิมเป็น Change of premium payment mode

รายเดือน ราย 3 เดือน ราย 6 เดือน รายปี
Monthly Quarterly Semi Annually Annual

4. เปลี่ยนชื่อผู้ถือกรมธรรม์ จากเดิมเป็น Change of policyholder name

(โปรดแนบสำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ) Please attach a copy of evidence of name change

5. เปลี่ยนสถานที่ติดต่อ จากเดิมเป็น Change of Address

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร
Zip Code Telephone Number Fax Number

6. อื่นๆ Other Changes

ผู้ถือกรมธรรม์ / ผู้รับมอบอำนาจลงนาม
(Policyholders / Authorized Person) ()

ประทับตรา (Company Stamp)

(สำหรับเจ้าหน้าที่ บมจ. อลิอันซ์ อยุธยา ประกันชีวิต) / For AZAY Only

ปรับปรุงข้อมูลในระบบโดย แล้วเสร็จเมื่อวันที่
Update Change by Effective Date

หมายเหตุ/ Remark: _____