

หนังสือแต่งตั้งผู้รับประโยชน์  
สำหรับผู้ขอเอาประกันภัยกลุ่ม

**Beneficiary Designation for Member of Group Insurance**

กรมธรรม์เลขที่ Group policy number ..... สมาชิกเลขที่ Member number .....

ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ Policyholder name .....

Date .....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) I (Mr/Mrs/Miss).....

วัน/เดือน/ปีเกิด Date of Birth ..... บัตรประชาชนเลขที่ I.D. Card number .....

ผู้ขอเอาประกันภัยกลุ่มของ บมจ. อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันชีวิต มีความประสงค์ขอแต่งตั้งผู้รับประโยชน์ของกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มฉบับดังกล่าวข้างต้นตามรายละเอียดด้านล่างนี้ ซึ่งเป็นที่เข้าใจและตกลงว่าเอกสารฉบับนี้จะแนบติด และถือเป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่ม the applicant, would like to designate the following person (s) to be the beneficiary (ies) of the aforementioned group insurance policy and it is agreed that this document shall be attached to and be a part of the group policy.

ชื่อ-สกุลผู้รับประโยชน์ Beneficiary full name and surname	ความสัมพันธ์ Relationship	อายุ Age	ร้อยละ Percentage
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

หมายเหตุ (Remarks) :

- ผู้รับประโยชน์จะต้องมีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้ขอเอาประกันภัย เช่น บิดา มารดา คู่สมรส บุตร เป็นต้น  
**Beneficiary must be the person who has insurable interest in the applicant such as being father, mother, spouse, or child.**
- กรอกข้อความให้ครบถ้วน ถ้ามีการแก้ไข ชัดมา ชูดลบ ต้องเซ็นชื่อผู้ขอเอาประกันภัยกำกับไว้ทุกแห่ง  
**Please complete all inquiries. Applicant must validate by signing at all amendments, emendation or corrections.**

อลิอันซ์ ออยุธยา ใส่ใจดูแลข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อลูกค้าคนสำคัญ ศึกษาคำชี้แจงเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล  
Allianz Ayudhya cares about taking care of personal information for our valued customers.  
Please study the privacy statement.



ลงนาม Signed ..... ( )  
ผู้ขอเอาประกันภัย Applicant

ลงนามต่อหน้า Signed ..... ( )  
ผู้ให้ความยินยอมในฐานะบิดาหรือมารดาหรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม  
ของผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)  
Parent or guardian of the applicant (In case the applicant is minor.)

ลงนามต่อหน้า Signed ..... ( )  
พยาน/ผู้รับมอบอำนาจของผู้ถือกรมธรรม์ Witness

ลงนามต่อหน้า Signed ..... ( )  
พยาน Witness

สำหรับเจ้าหน้าที่ บมจ. อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันชีวิต For AZAY Only

ความเห็น (Comment)  
.....  
.....

ลายมือชื่อเจ้าหน้าที่ (Officer signature).....