แบบฟอร์มแจ้ง ยกเลิก ความคุ้มครองผู้เอาประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม Termination Request Form for Group Personal Accident Insurance

Allianz AYUDHYA

กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนสมบูรณ์ด้วยตัวบรรจง (Please complete this form in BLOCK CAPITALS)

ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ ……..……..…….. กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มเลขที่ G ……..……..

Policyholder Name Group Personal Accident Policy No.

☐ ยกเลิก ระหว่างปีกรมธรรม์
Terminate within Policy Year

☐ ยกเลิก ปีต่ออายุ
Terninate at Policy Anniversary Date

สมาชิกเลขที่ Member No.	ชื่อ - นามสกุล ผู้เอาประกันภัย Name - Surname of Members	วันที่พ้นสภาพการเป็นสมาชิก/พนักงาน Termination Effective Date	**หมายเหตุ** Remark

ข้อปฏิบัติ Requirement

- ต้องแจ้งให้บริษัทฯ ทราบทันทีเมื่อทราบว่ามีสมาชิก/พนักงานพ้นสภาพการเป็นพนักงานขององค์กร Employers are required to notify AZAY immediately or prior to the effective date of the termination of employee coverage.
- ต้องเรียกบัตรประจำตัวสมาชิกประกันภัยกลุ่มคืนจากสมาชิก/พนักงานที่พ้นสภาพ เพื่อป้องกันความเสียหายซึ่งอาจจะเกิดขึ้นจากการนำบัตรฯไปใช้โดยไม่มีสิทธิ ซึ่งองค์กรของสมาชิก/พนักงานจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบ (ถ้ามี) Please take back the member card to prevent the fraudulent use. If Insured has used the Member card for any reason whatsoever, the Policyholder must repay all the damages (if any).
- กรณีสมาชิก/พนักงานไม่ส่งบัตรประจำตัวสมาชิกประกันภัยกลุ่มคืนบริษัทฯ บริษัทขอสงวนสิทธิ์กำหนดวันที่พ้นสภาพการเป็นสมาชิก ณ วันสิ้นสุดกรมธรรม์ในปีนั้น ๆ สำหรับกรณีที่ผู้ถือกรมธรรม์ ไม่ได้ทำหนังสือข้อตกลงการใช้บัตรประจำตัวสมาชิกประกันภัยกลุ่มกับบริษัทฯ If an member/employee does not return the member card to AZAY, we reserve the right to set the termination effective date on the same date as policy expiration date.
- ความคุ้มครองของคู่สมรสและ/หรือบุตรของสมาชิก/พนักงาน จะสิ้นผลบังคับทันทีที่ความคุ้มครองของสมาชิก/พนักงานสิ้นสุดลง Dependent coverage will end on the date that the member/employee's coverage terminates.
- วันที่พ้นสภาพการเป็นสมาชิก/พนักงาน หมายถึง ให้ระบุวันที่ถัดจากวันสุดท้ายของการเป็นสมาชิก/พนักงาน Termination effective date is the date after the last employment date.

……..……

(……..)

ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนาม พร้อมประทับตรา
(Authorized Signature and Company Stamp)

วันที่ (Date) ……../……../……..

สำหรับเจ้าหน้าที่ บมจ. อลิอันซ์ อยุธยา ประกันชีวิต (For Staff Only)

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มเลขที่ (Group Policy No.) ……

วันที่เริ่มมีผลยกเลิก (Termination Effective Date) ……

ลายมือชื่อเจ้าหน้าที่ (Signature) ……..……..

บมจ. อลิอันซ์ อยุธยา ประกันชีวิต ฝ่ายปฏิบัติการประกันกลุ่ม ชั้น1 อาคารเพลินจิตทาวเวอร์ 898 ถ.เพลินจิต กรุงเทพฯ 10330 โทร.0-2305-7000 โทรสาร 0-2305-7999 ต่อ 8125 Allianz Ayudhya Assurance Pcl. Group Operations Department,1st Floor Ploenchit Tower, 898 Ploenchit Road, Bangkok 10330 Tel.0-2305-7000 Fax.0-2305-7999 ext.8125

Revised version 3.0 (01-07-2012)