

C 30010001



เลขที่บัตรประชาชน

■ กรุณากรอกแบบฟอร์มให้ครบถ้วน และส่งคืนบริษัท พร้อมแนบใบสรุปรายการคำรักษา และใบเสร็จของโรงพยาบาลภายใน 30 วัน นับตั้งแต่วันที่ออกจากโรงพยาบาล

■ รับเงินค่าสินไหมเร็วขึ้น เพียงท่านสมัครใช้บริการขอรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคาร ควบคู่กับแบบฟอร์มผ่าน www.azay.co.th หรือขอรับแบบฟอร์มที่ เซอร์วิส เซ็นเตอร์ทุกสาขา

■ ผู้ผลการพิจารณาสินไหม และข้อมูลข่าวสารจากบริษัท ก่อนใคร ง่ายๆ เพียงท่านระบุหมายเลขโทรศัพท์มือถือ และอีเมลลงในแบบฟอร์มนี้

เลขที่กรมธรรม์

ชื่อผู้นำส่ง โทรศัพท์ วันนำส่ง

ชื่อตัวแทน | ผู้บริหารตัวแทน | นายหน้า รหัส โทรศัพท์

หน่วย | เขต | ภาค | ธนาคาร สาขา โทรสาร

1. ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย วัน เดือน ปีเกิด ปี

เพศ ชาย หญิง ที่อยู่ปัจจุบัน ชื่อหมู่บ้าน | อาคารชุด เลขที่ หมู่ ซอย ถนน

แขวง | ตำบล เขต | อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ อีเมล

บริษัทประกันอื่นๆ (ถ้ามี โปรดระบุ) กรมธรรม์ของบริษัทอื่น

อาชีพและลักษณะงาน

2. กรณีเจ็บป่วย อาการเจ็บป่วยของผู้เอาประกันภัย

ระยะเวลาของอาการก่อนที่ผู้เอาประกันภัยจะเข้ารับการรักษาครั้งนี้

ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาก่อนที่จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ วันที่เข้ารับการรักษา

3. กรณีเกิดอุบัติเหตุ วันที่เกิดอุบัติเหตุ เวลาเกิดเหตุ น. สถานที่เกิดเหตุ

โปรดระบุลักษณะเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยละเอียด

ลักษณะบาดแผล ขนาด และตำแหน่งของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ

อาการปัจจุบัน

วันที่รับการรักษาครั้งสุดท้าย ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง และทราบดีว่า หากข้อความไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือไม่ครบถ้วนอาจมีผลต่อการเรียกร้องค่าทดแทนอุบัติเหตุ คำรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน และการพิจารณาต่อสัญญาประกันภัยของบริษัทฯ ได้

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้บริษัทฯ ทำการเปลี่ยนแปลงที่อยู่เป็นที่อยู่ปัจจุบันตามที่ระบุข้างต้นในกรมธรรม์ดังต่อไปนี้

1. 2. 3.

หมายเหตุ : เอกสารสินไหมจะส่งไปยังที่อยู่ล่าสุดที่ท่านได้แจ้งการเปลี่ยนแปลงไว้กับบริษัทฯ

ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย วันที่

() ***กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุมความสัมพันธ์

หนังสือแจ้งความจำนง

ข้าพเจ้าตกลงมอบฉันทะให้แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลทุกแห่ง เปิดเผยข้อมูลประวัติสุขภาพ ประวัติทางการแพทย์ การตรวจรักษา หรือการดำเนินการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องของข้าพเจ้า พร้อมสำเนาเอกสารให้แก่ บริษัทฯ และยินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม ใช้ ปรับปรุง รวมถึงทำการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าตลอดไป ทั้งในและต่างประเทศ เพื่อประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทนและการปฏิบัติตามสัญญาประกันภัย อนึ่ง สำเนาของหนังสือฉบับนี้ ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับเอกสารต้นฉบับทุกประการ

ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย

()

วันที่

