

ขั้นตอนการเรียกร้องสินไหมกรณีเจ็บป่วยและรักษาตัวในฐานะผู้ป่วยนอก (OPD)

1. ผู้เอาประกันภัยจะต้องส่งเอกสารการเรียกร้อง พร้อมหลักฐานที่แสดงถึงการเข้ารับการรักษาพยาบาลตามแบบฟอร์มของบริษัทฯ ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่เจ็บป่วย
2. เอกสารประกอบการเรียกร้อง
 - 2.1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (OPD) ตามแบบฟอร์มบริษัทฯ โดยให้ผู้เอาประกันภัยกรอกข้อความให้ครบถ้วนทุกรายการ พร้อมลงนามในคำร้องทั้ง 2 แห่ง ที่ช่องลายเซ็นผู้เอาประกันภัย หรือผู้ปกครอง (เลขที่บัตรประชาชน หมายถึง บัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย)
 - 2.2. ใบรับรองแพทย์ผู้รักษาที่สถานพยาบาลนั้นออกให้ หรือ
 - 2.3. รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษาตามแบบฟอร์มของบริษัทฯ (ด้านหลังแบบฟอร์มเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก) โดยให้แพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่งที่มีใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ และเป็นแพทย์ผู้ตรวจรักษากรอรายละเอียด ตามแบบฟอร์มพร้อมลงนาม และประทับตราสถานพยาบาล
 - 2.4. ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล (ต้นฉบับ)
 - 2.5. หนังสือยินยอมที่กรอกครบถ้วน พร้อมลงลายมือชื่อ *
 - 2.6. หลักฐานสำเนาบัตรประชาชนที่รับรองสำเนาแล้ว *
 - 2.7. หลักฐานสำเนาการเปลี่ยนแปลง ชื่อ นามสกุล (ถ้ามี)*
 - 2.8. หลักฐานสำเนาสูติบัตรที่รับรองสำเนาแล้ว (กรณีเป็นผู้เยาว์)*

* เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการชดเชยสินไหม กรณีบริษัทฯ มีความจำเป็นต้องขอเอกสารเพิ่มเติมจากโรงพยาบาล หรือ คลินิก

เพื่อความสะดวก รวดเร็ว ในการรับเงินสินไหมสำหรับท่านที่ไม่เคยแจ้งความจำนงขอรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคาร ท่านสามารถแจ้งความจำนงขอรับเงินผลประโยชน์ ผ่านบัญชีธนาคารได้โดยส่งเอกสารดังต่อไปนี้มายังบริษัทฯ

1. แบบฟอร์ม หนังสือแจ้งความจำนงขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรรมธรรม์ผ่านบัญชีธนาคารฯ
2. สำเนาหน้าสมุดเงินฝากธนาคาร พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

C 30010002

เลขที่บัตรประชาชน -----

■ กรุณากรอกแบบฟอร์มให้ครบถ้วน และส่งคืนบริษัท พร้อมแนบใบสรุปรายการค่ารักษาและใบเสร็จของโรงพยาบาลภายใน 30 วัน นับตั้งแต่วันที่ออกจากโรงพยาบาล

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

■ รู้ผลการพิจารณาสินไหม และข้อมูลข่าวสารจากบริษัทฯ ก่อนใคร ง่ายๆ เพียงท่านระบุหมายเลขโทรศัพท์มือถือ และอีเมลลงในแบบฟอร์มนี้

เลขที่กรมธรรม์ _____
 ชื่อผู้นำส่ง _____ โทรศัพท์ _____ วันนำส่ง _____
 ชื่อตัวแทน | ผู้บริหารตัวแทน | นายหน้า _____ รหัส _____ โทรศัพท์ _____
 หน่วย | เขต | ภาค | ธนาคาร _____ สาขา _____ โทรสาร _____

ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย _____ วัน เดือน ปีเกิด _____ อายุ _____ ปี
 เพศ ชาย หญิง ที่อยู่ปัจจุบัน ชื่อหมู่บ้าน | อาคารชุด _____ เลขที่ _____ หมู่ _____ ซอย _____
 ถนน _____ แขวง | ตำบล _____ เขต | อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____
 โทรศัพท์บ้าน _____ โทรศัพท์มือถือ _____ อีเมล _____

สาเหตุเนื่องจาก เจ็บป่วย อุบัติเหตุ (ระบุวันที่เกิดอุบัติเหตุ) _____ อื่นๆ (ระบุ) _____

ขอส่งเอกสารเพื่อประกอบการเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	วันที่รับการรักษา	เลขที่ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ	จำนวนเงิน	ใบรับรองแพทย์	
				มี	ไม่มี

ข้าพเจ้าในฐานะผู้เอาประกันภัย ขอรับรองว่าการเจ็บป่วยและเอกสารประกอบการพิจารณาถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้บริษัทฯ ทำการเปลี่ยนแปลงที่อยู่เป็นที่อยู่ปัจจุบันตามที่ระบุข้างต้นในกรมธรรม์ดังต่อไปนี้

1. _____ 2. _____ 3. _____
 หมายเหตุ: เอกสารสินไหมจะส่งไปยังที่อยู่ล่าสุดที่ท่านได้แจ้งการเปลี่ยนแปลงไว้กับบริษัทฯ

ลงชื่อ _____ ผู้เอาประกันภัย วันที่ _____
 (_____) *กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์

หนังสือแจ้งความจำนง

ข้าพเจ้าตกลงมอบอำนาจให้แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลทุกแห่ง เปิดเผยข้อมูลประวัติสุขภาพ ประวัติทางการแพทย์ การตรวจรักษา หรือการดำเนินการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องของข้าพเจ้า พร้อมสำเนาเอกสารให้แก่บริษัทฯ และยินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม ใช้ ปรับปรุง รวมถึงทำการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าตลอดไป ทั้งในและต่างประเทศ เพื่อประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทนและการปฏิบัติตามสัญญาประกันภัย อนึ่ง สำเนาของหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับเอกสารต้นฉบับทุกประการ

ลงชื่อ _____ ผู้เอาประกันภัย วันที่ _____
 (_____)

ส่วนนี้ใช้เฉพาะกรณีที่ตัวแทนได้สำรองเงินให้ผู้เอาประกันภัย หรือผู้ปกครองไปแล้วเท่านั้น

ใบมอบฉันทะให้รับเงินแทน

ข้าพเจ้า _____ ผู้เอาประกันภัยตามกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ _____
 ขอมอบให้ _____ รับเงินหรือโอนเงินค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาเพิ่มเติมผู้ป่วยนอกจาก บมจ. อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันชีวิต
 จำนวน _____ บาท แทนข้าพเจ้า โดยเสมือนข้าพเจ้ารับเงินด้วยตนเอง

ลงชื่อ _____ ผู้มอบฉันทะให้รับเงินแทน (ผู้เอาประกันภัยหรือผู้ปกครอง)
 (_____)

ลงชื่อ _____ ผู้รับเงินแทน (ตัวแทนเจ้าของกรมธรรม์ประกันภัย)
 (_____) รหัสตัวแทน _____

การ "มอบให้รับเงินแทน" จะทำได้เฉพาะในกรณีที่ตัวแทนเจ้าของกรมธรรม์ประกันภัย (บัตรตัวแทนยังมีผลบังคับ) ได้จ่ายเงินให้ผู้เอาประกันภัยไปก่อนเท่านั้น และใบมอบฉันทะนี้จะสมบูรณ์เมื่อมีลายเซ็นผู้มอบฉันทะให้รับเงินแทน และผู้รับเงินแทนครบถ้วนทั้ง 2 ซอง

หนังสือยินยอม

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/ นาง/ นางสาวอายุ.....ปี บัณฑิต
ประจำตัวประชาชน/บัตรข้าราชการเลขที่.....ตกลงยินยอมตลอดไปให้ บมจ. อลิอันซ์ อยุธยา
ประกันชีวิต (“บริษัท”) และ/หรือ บุคคลหรือนิติบุคคลที่บริษัทฯ เห็นควร ทำการเก็บรวบรวม ใช้ ปรับปรุง และทำการเปิดเผยทั้ง
ในและต่างประเทศเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า และ/หรือ (ผู้เอาประกันภัย/
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย) ที่มีอยู่กับบริษัทฯ รวมถึง ยินยอมให้แพทย์ หรือสถานที่ที่เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลเข้าทำการรักษาพยาบาลทุก
แห่ง รวมถึงหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องให้สามารถเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลดังกล่าวข้างต้น ตามความเป็นจริงทั้งหมด รวมทั้ง
ยินยอมให้คัดถ่ายเอกสาร หรือขอคำรับรองจากข้อมูลดังกล่าวได้ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการทำประกันภัย หรือการประกันภัย
ต่อ หรือการจ่ายค่าสินไหมทดแทน หรือผลประโยชน์อื่น ๆ ตามเงื่อนไขที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัย หรือเพื่อการทำธุรกรรมที่
เกี่ยวกับการประกันภัยของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึง การบริการหลังการขายอื่น ๆ หรือการส่งเสริมการขาย หรือนำเสนอ
ผลิตภัณฑ์ต่างๆของบริษัทฯ หรือของบุคคลหรือนิติบุคคล ที่บริษัทฯเห็นควร โดยข้าพเจ้าจะไม่ใช้สิทธิเพิกถอนความยินยอมข้างต้น
การกระทำใด ๆ ของบริษัทฯ และ/หรือผู้รับมอบอำนาจหรือบุคคลที่บริษัทฯเห็นควร ที่ได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือ
ยินยอมฉบับนี้ ให้มีผลผูกพันข้าพเจ้าตามกฎหมาย และให้ถือเสมือนหนึ่งเป็นการกระทำของข้าพเจ้าเองทุกประการ อนึ่ง ข้าพเจ้า
ยินยอมให้ถือว่าอำนาจของหนังสือยินยอมฉบับนี้ มีผลบังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับทุกประการ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความข้างต้นเป็นอย่างดีโดยตลอดแล้วเห็นว่าถูกต้องตรงตามเจตนา และความ
ประสงค์ของข้าพเจ้าทุกประการในการให้ความยินยอมและมอบอำนาจแก่ผู้รับมอบอำนาจของบริษัทฯ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ
ต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

ลงชื่อ.....ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้า

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจของบริษัทฯ

(.....)

10020005



หนังสือยินยอมหักค่าเบี้ยประกันภัย และขอรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคารอัตโนมัติ
(ผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ในที่นี้ หมายถึง เฉพาะสินไหมสุขภาพและสินไหมอุบัติเหตุ เงินปันผล และเงินคืนตามเงื่อนไขกรมธรรม์เท่านั้น)

**ผลการสมัครหักค่าเบี้ยฯ และรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีอัตโนมัติ และข้อมูลข่าวสารจากบริษัทฯ ก่อนใคร
ง่าย ๆ เพียงทำนระบุหมายเลขโทรศัพท์มือถือ และอีเมลในแบบฟอร์มนี้**

เรียน บมจ. อลิอันซ์ อยุธยา ประกันชีวิต วันที่.....
และผู้จัดการธนาคาร.....สำนักงาน/สาขา..... หรือผู้จัดการบริษัทที่ออกบัตรเครดิต.....
ข้าพเจ้า(นาย, นาง, นางสาว)..... บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ ๙-๙๙๙๙-๙๙๙๙-๙๙-๙๙

โทรศัพท์บ้าน..... ที่ทำงาน..... มือถือ..... อีเมล.....
เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยของกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งออกโดย บมจ. อลิอันซ์ อยุธยา ประกันชีวิต ("บริษัทฯ") โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. กรมธรรม์เลขที่..... ชื่อผู้เอาประกันภัย.....
2. กรมธรรม์เลขที่..... ชื่อผู้เอาประกันภัย.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้ธนาคารหักบัญชีเงินฝากธนาคารหรือบัญชีบัตรเครดิตโดยอัตโนมัติและขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีธนาคารโดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้

1. สำหรับการชำระค่าเบี้ยประกันภัย ตามกรมธรรม์ข้างต้น ข้าพเจ้ายินยอมให้หัก
 - บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ ธนาคาร..... เลขที่..... ชื่อบัญชี..... หรือ
 - บัญชีบัตรเครดิต ธนาคาร/สถาบันออกบัตรเครดิต..... หมายเลข..... เดือน/ปีบัตรหมดอายุ...../.....

ให้แก่บริษัทฯ ทุกงวด

1.1 กรณีหักจากบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ ข้าพเจ้าขอรับว่า (ก) ธนาคารจะหักเงินที่ต่อเมื่อเงินในบัญชีมีเพียงพอในขณะนั้นเท่านั้น (ข) หากธนาคารไม่สามารถหักเงินตามข้อ (ก) ได้ ไม่ว่าสาเหตุใดก็ตาม ให้ถือว่าข้าพเจ้าไม่มีการชำระเบี้ยประกันภัย (ค) หากในภายหลังพบว่าจำนวนเงินที่บริษัทฯ แจ้งแก่ธนาคารไม่ถูกต้อง แต่ธนาคารได้ทำการหักเงินจากบัญชีดังกล่าวตามจำนวนเงินที่บริษัทฯ แจ้งไม่มาโดยวิธีใดๆ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ข้าพเจ้าตกลงที่จะดำเนินการเรียกเงินจำนวนดังกล่าวจากบริษัทฯ โดยตรงและขอสงวนสิทธิ์ในการเรียกร้องหรือฟ้องร้องให้ธนาคารชดเชยเงินจำนวนนั้น (ง) ธนาคารไม่มีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของจำนวนเงินที่ได้รับแจ้งจากบริษัทฯ (จ) ข้าพเจ้าไม่ประสงค์ให้ธนาคารแจ้งการหักบัญชีแต่อย่างใด เนื่องจากรายการดังกล่าวปรากฏอยู่ในสมุดผู้ฝาก/Statement ของธนาคารหรือเอกสารการรับเบี้ยประกันภัยของบริษัทฯ

1.2 กรณีหักจากบัญชีบัตรเครดิต ข้าพเจ้าขอรับว่าสถาบันผู้ออกบัตรเครดิตจะหักจำนวนเงินที่ปรากฏอยู่ในใบแจ้งหนี้ที่สถาบันได้รับจากบริษัทฯ และยินยอมตามเงื่อนไขดังนี้ (ก) บรรดาเอกสารต่างๆ ที่ส่งมาที่ผู้ออกบัตรเครดิต และ/หรือ บริษัทฯ ได้จัดทำขึ้นอันเกี่ยวกับการยินยอมให้สถาบันเรียกเก็บจากบัตรเครดิตนั้นมีความถูกต้องทุกประการ (ข) การชำระเบี้ยประกันภัยจะถือว่าชำระเรียบร้อยแล้ว และมีผลให้กรมธรรม์มีผลบังคับใช้เมื่อสถาบันผู้ออกบัตรเครดิตสามารถหักเงินจากเงินของบัญชีบัตรเครดิตข้างต้นได้ (ค) หากสถาบันผู้ออกบัตรเครดิตไม่สามารถหักเงินจากบัญชีบัตรเครดิตได้ไม่ว่าด้วยสาเหตุใดก็ตาม ถือว่าข้าพเจ้าไม่ได้รับชำระเบี้ยประกันภัยใดๆ จากข้าพเจ้า ในกรณีดังกล่าวบริษัทฯ จะติดต่อข้าพเจ้าเพื่อแจ้งให้ทราบต่อไป (ง) หากมีความเสียหาย หรือความผิดพลาดใดๆ เกิดขึ้นแก่สถาบันผู้ออกบัตร หรือบริษัทฯ เนื่องมาจากการกระทำใดๆ ของข้าพเจ้า ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบให้ค่าเสียหายแก่สถาบันผู้ออกบัตรเครดิต หรือบริษัทฯ ตามความเสียหายที่เกิดขึ้นจริงทุกประการ

1.3 หากข้าพเจ้าเลือกรับเงินปันผลโดยให้ไปหักชำระค่าเบี้ยประกันภัย ข้าพเจ้ายินดีเปลี่ยนวิธีรับเงินปันผลเป็นเช็คหรือโอนเงินปันผลเข้าบัญชีธนาคารตามที่ข้าพเจ้าได้ระบุไว้ในข้อ 2

1.4 กรณีที่บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ หรือบัญชีบัตรเครดิตที่ระบุในข้อ 1 หรือค่าเบี้ยประกันภัย ได้เปลี่ยนแปลงไม่ว่าโดยสาเหตุใดก็ตาม หนังสือแจ้งความประสงค์ฉบับนี้ ยังคงมีผลบังคับใช้กับบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ หรือบัญชีบัตรเครดิตซึ่งเป็นบัญชีใหม่ หรือค่าเบี้ยประกันภัยที่ได้เปลี่ยนแปลงนั้นๆ ทุกประการ

2. สำหรับการขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ นำเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ข้างต้น โอนเข้า
 - บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ เลขที่เดียวกันกับเลขที่บัญชีที่ระบุ ในข้อ 1 หรือ
 - บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ธนาคาร..... เลขที่..... ชื่อบัญชี.....

ซึ่งบัญชีดังกล่าวเป็นบัญชีของ ข้าพเจ้า ผู้อื่น ความสัมพันธ์..... (เฉพาะบิดา มารดา คู่สมรส และบุตร ที่ถูกต้องตามกฎหมายเท่านั้น)

2.1 การที่บริษัทฯ ให้นำเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์เข้าบัญชีดังกล่าว ให้ถือเสมือนหนึ่งว่า บริษัทฯ ได้จ่ายผลประโยชน์ให้แก่ข้าพเจ้าตามข้อกำหนด และเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย โดยให้ถือว่าบริษัทฯ หลุดพ้นจากภาระหนี้สินใดๆ ที่มีต่อข้าพเจ้าแล้ว 2.2 กรณีที่ บริษัทฯ ไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีดังกล่าว ไม่ว่าด้วยสาเหตุใดๆ ก็ตาม ข้าพเจ้ายินดีรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ข้างต้นเป็นเช็ค หรือตราพหุ คำนวณวิธีการปกติของบริษัทฯ 2.3 กรณีที่ศาลได้มีคำสั่งพิทักษ์ทรัพย์ หรือพิทักษ์บัญชีหรือบัญชีของบริษัทฯ/ผู้ออกประกันภัยที่เป็นบุคคลล้มละลาย ให้ถือว่า การรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีธนาคารมีผลสิ้นสุดลงทันทีที่มีเหตุดังกล่าว 2.4 ข้าพเจ้ารับทราบว่าการจ่ายผลประโยชน์ดังกล่าวจะมีผลบังคับเมื่อข้าพเจ้าได้รับหนังสือยืนยันจากบริษัทฯ แล้ว

ข้าพเจ้าตกลงและยินยอมให้บริษัทฯ ธนาคาร และบริษัทผู้ออกบัตรเครดิตตามที่ระบุไว้ในหนังสือฉบับนี้ เก็บ รวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลต้องห้าม หรือข้อมูลอื่นๆ ของข้าพเจ้า เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติตามสัญญาประกันภัย การหักค่านี้อัตโนมัติจากบัญชีเงินฝากธนาคาร หรือหักบัตรเครดิตโดยอัตโนมัติ การขอรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคารของข้าพเจ้า และเพื่อประโยชน์อื่นๆ ตามที่เห็นสมควรทั้งในประเทศหรือต่างประเทศตลอดไป ทั้งนี้ ข้าพเจ้าตกลงสงวนสิทธิ์ยกเว้นแก้ไข/ลบ/ล้างความยินยอมดังกล่าวจนกว่าความคุ้มครองตามสัญญาประกันภัยของข้าพเจ้า หรืออายุความในการฟ้องคดีสิ้นสุดลง แล้วแต่ระยะเวลาที่สิ้นสุดภายหลัง

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดดำเนินการตามความประสงค์ของข้าพเจ้า ทั้งนี้หากมีการเปลี่ยนแปลงเลขที่บัญชีธนาคารหรือเลขที่บัตรเครดิต หรือยกเลิกความยินยอมตามหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าจะแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรแก่บริษัทฯ และธนาคาร ล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วัน

ลงชื่อ.....เจ้าของกรมธรรม์/ผู้เอาประกันภัย..... ลงชื่อ.....เจ้าของบัญชีผู้ให้ความยินยอม.....
(โปรดเซ็นชื่อให้เหมือนกับลายเซ็นในกรมธรรม์) (ลายเซ็นตามตัวอย่างที่ให้กับธนาคารหรือให้ไว้ในบัตรเครดิต)

โปรดแนบสำเนาบัญชีดังกล่าวส่งมาพร้อมสำเนาเอกสารดังกล่าวเพื่อเป็นหลักฐาน

(สำหรับเจ้าหน้าที่)	ตรวจสอบลายเซ็นแล้วถูกต้อง โดยตัวแทน	รหัสตัวแทน	๙๙๙๙๙๙
สำหรับการหักบัญชีบัตรเครดิต	ตรวจสอบลายเซ็นแล้วถูกต้อง โดยธนาคาร	สาขา	
สำหรับการหักบัญชีเงินฝากธนาคาร	ตรวจสอบลายเซ็นแล้วถูกต้อง โดยธนาคาร	สาขา	
ลงชื่อ.....	ผู้รับมอบอำนาจลงนามสาขา/ผู้ตรวจสอบลายเซ็นหลังบัตร		

กรณีเกิดเหตุเคลม: ติดต่อฝ่ายเคลมของบริษัทฯ, สำนัก-สาขา-สำนักงานฝ่ายคุ้มครอง, สำนัก-สาขา-สำนักงานฝ่ายคุ้มครอง, สำนัก-สาขา-สำนักงานฝ่ายคุ้มครอง