

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 อยุธยา ประกันชีวิต มีความประสงค์ขอแต่งตั้งผู้รับประโยชน์ของกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มฉบับดังกล่าว
ข้างต้นตามรายละเอียดด้านล่างนี้ 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
--	------------------------------	-------------

.....		
.....		
.....		
.....		

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 ชดลบ ต้องเซ็นชื่อผู้ขอเอาประกันภัยกำกับไว้ทุกแห่ง
Please complete all inquiries. Applicant must validate by signing at all amendments, emendation or corrections.

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 อยุธยา ประกันชีวิต For AZAY Only

ความเห็น (Comment)

.....
.....

ลายมือชื่อเจ้าหน้าที่ (Officer signature).....