



บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
 เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ วามก 9 ชั้น 1, 20-27
 ถนนพหลโยธิน แขวงหัวขวาง เขตหัวขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
 โทร. 0 2044 4000 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159
 เลขทะเบียนบริษัท 0107555000376 www.krungthai-axa.co.th

หนังสือแสดงเจตนาในการซื้อกรมธรรม์ใหม่
 ให้กับครอบครัว

กรุณารอกข้อมูลต่างๆของท่านให้ครบถ้วน เพื่อประโยชน์ในการรับบริการ

ข้าพเจ้า เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

เป็นผู้ถือกรมธรรม์ที่กำลังจะครบสัญญา เลขที่ ซึ่งออกโดยบริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัทฯ")

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะซื้อกรมธรรม์ฉบับใหม่ให้แก่บุคคลอื่นเป็นที่รักในครอบครัวของข้าพเจ้าดังนี้

ชื่อ-นามสกุลของผู้เอาประกัน	ความสัมพันธ์	เลขประจำตัวประชาชน
	<input type="checkbox"/> บิดา/มารดา/สามี/ภรรยา/บุตร <input type="checkbox"/> ญาติ/พี่น้อง	

และข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะชำระเบี้ยประกันของกรมธรรม์ฉบับใหม่ด้วยวิธี เงินสด บัตรเครดิต หักบัญชีธนาคาร

กรุณาแนบ "หนังสือยินยอมหักค่าเบี้ยประกันอัตโนมัติ" พร้อมแนบสำเนาหน้าบัตรเครดิต และรับรองสำเนาถูกต้องกรณีชำระด้วยบัตรเครดิต หรือพร้อมแนบสำเนาสมุดบัญชีธนาคาร และรับรองสำเนาถูกต้องกรณีสมัครหักค่าเบี้ยประกันผ่านบัญชีธนาคาร และแนบเอกสารพิสูจน์ความสัมพันธ์

ข้อกำหนดและเงื่อนไขในการชำระเบี้ยกรมธรรม์ใหม่ให้กับบุคคลอื่น

หากท่านมีความประสงค์ชำระเบี้ยกรมธรรม์ใหม่ให้กับบุคคลอื่นต้องปฏิบัติตามดังต่อไปนี้

กรณีที่ 1 ชำระเบี้ยแทนผู้เอาประกันกรมธรรม์ใหม่ที่เป็น บิดา/มารดา/สามี/ภรรยา/บุตร ที่มีนามสกุลเดียวกันหรือต่างนามสกุลกันต้องมีการแถลงความสัมพันธ์ไว้อย่างชัดเจนในใบคำขอเอาประกันภัย(กรมธรรม์ใหม่)

กรณีที่ 2 ชำระเบี้ยแทนผู้เอาประกันกรมธรรม์ใหม่ที่เป็น ญาติ/พี่น้อง ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางเครือญาติ อาทิเช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา พี่ น้อง ต้องแสดงเอกสารพิสูจน์ความสัมพันธ์ทุกครั้ง ซึ่งประกอบด้วย สำเนาทะเบียนบ้าน, หนังสือแสดงการเปลี่ยนชื่อ-สกุล, ใบสำคัญสมรส, สติบัตร, เอกสารรับรองความสัมพันธ์คู่ชีวิต

ข้าพเจ้าเข้าใจ และยอมรับข้อกำหนดและเงื่อนไขในการใช้บริการที่ระบุไว้ข้างต้นแล้ว ทั้งนี้ หากมีการเปลี่ยนแปลงหรือต้องการยกเลิกความประสงค์ตามหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าจะแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรแก่บริษัทฯ ล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วัน

ลงชื่อ <input type="text"/> (<input type="text"/>) พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต <input type="text"/> รหัสตัวแทน/เลขที่ใบอนุญาตนายหน้าประกันชีวิต <input type="text"/>	โปรดเซ็นชื่อให้เหมือนกับที่ใช้ไว้ในกรมธรรม์ ลงชื่อ <input type="text"/> (<input type="text"/>) ผู้ถือกรมธรรม์/ เจ้าของบัญชีธนาคาร วันที่ <input type="text"/>
---	---