



กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่

ใบแจ้งความประสงค์ขอรับกรมธรรม์อเลิกรอนิกส์

ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ชื่อ-สกุล ผู้ชำระเบี้ยฯ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับกรมธรรม์อเลิกรอนิกส์จากบริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (บริษัท ฯ) ผ่านทางจดหมายอเลิกรอนิกส์ ตามที่อยู่ขณะนี้ (โปรดระบุ)

โดยข้าพเจ้ารับทราบว่

(ก) ข้าพเจ้าจะได้รับกรมธรรม์อเลิกรอนิกส์ โดยผ่านทางที่อยู่ใหม่ที่ข้าพเจ้าระบุไว้ในเอกสารฉบับนี้เท่านั้น และจะไม่ได้รับเล่มกรมธรรม์ผ่านช่องทางอื่นแต่อย่างใด

(ข) บริษัท ฯ จะยึดถือวันที่กรมธรรม์อเลิกรอนิกส์เข้าสู่ระบบอีเมลของข้าพเจ้า เป็นวันที่ได้รับกรมธรรม์

(ค) ข้าพเจ้าสามารถใช้สิทธิยกเลิกกรมธรรม์ได้ภายในระยะเวลา 15 วัน นับจากวันที่ได้รับกรมธรรม์ และ

(ง) หากบริษัท ฯ ไม่สามารถจัดส่งกรมธรรม์อเลิกรอนิกส์ไปยังที่อยู่ใหม่ที่ข้าพเจ้าระบุไว้ในเอกสารฉบับนี้ ไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใดก็ตาม ทางบริษัท ฯ มีสิทธิในการจัดส่งกรมธรรม์เป็นแบบเล่มกรมธรรม์แทน โดยจัดส่งให้แก่ข้าพเจ้าตามที่อยู่ปัจจุบันที่ข้าพเจ้าได้ระบุไว้ในใบคำขอเอาประกันภัย

คำแนะนำ

1. ผู้เอาประกันภัยควรจัดเก็บกรมธรรม์อเลิกรอนิกส์ให้สามารถเข้าถึงได้ง่าย
2. ผู้เอาประกันภัยควรส่งต่อกรมธรรม์อเลิกรอนิกส์ให้กับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นหลักฐานอ้างอิง

ลงชื่อ ณ วันที่ เดือน พ.ศ. ลงนามต่อหน้า
()
พยาน/ตัวแทนลงชื่อ
()
ลายมือชื่อของผู้เอาประกันภัยลงนามต่อหน้า
()
พยาน/ตัวแทน

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ ให้บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ลงนามเป็นพยานด้วย)

บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

Krungthai-AXA Life Insurance Public Company Limited

เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามา 9 ชั้น 1, 20-27 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310

9, G Tower Grand Rama 9, Floor 1, 20-27 Rama 9 Road, Huai Khwang, Huai Khwang, Bangkok 10310

Ins. 0 2044 4000 โทรสาร 0 2044 4032 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์/ Customer Center Ins./Tel. 1159 เลขทะเบียนบริษัท ฯ 0107555000376 www.krungthai-axa.co.th