



# บริษัท เอไอเอ จำกัด

181 ถนนสุรวงศ์ บางรัก กรุงเทพฯ 10500

## ใบแจ้งขอเบิกค่าตรวจสุขภาพ (กรมธรรม์ปีต่ออายุ)

วันที่.....

เรียน ฝ่ายบริการผู้ถือกรมธรรม์

กรมธรรม์ประกันภัย เลขที่ ..... ชื่อผู้เอาประกันภัย.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ ขอใช้สิทธิเบิกค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพ และการตรวจอื่น ๆ รวมถึงค่าใช้จ่ายในการขอรายงานการรักษา (ถ้ามี) สำหรับการต่ออายุ / ซ้ำสัญญาเพิ่มเติมหรือเพิ่มจำนวนเงินเอาประกันภัย ของกรมธรรม์ตามหมายเลขดังกล่าวข้างต้น มายังบริษัทฯ โดยได้แนบหลักฐานมาเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

ใบเสร็จรับเงินจำนวน ..... ฉบับ

และเมื่อบริษัทฯ ได้พิจารณาอนุมัติการต่ออายุหรือเปลี่ยนแปลงกรมธรรม์ดังกล่าวข้างต้นแล้ว ขอให้คืนเงินค่าใช้จ่ายดังกล่าวแก่ข้าพเจ้าดังนี้

ทำเป็นเช็คคืนให้แก่ข้าพเจ้า

โอนคืนเข้าบัญชีตัวแทน (ตัวแทนบริการที่บริษัทฯ กำหนด - Servicing Agent)

ลายมือชื่อของผู้เอาประกันชีวิต / ผู้เอาประกันภัย  
กรุณาเซ็นชื่อให้เหมือนกับที่ไว้กับบริษัทฯ

.....

( )

ผู้ใช้อำนาจปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม/เจ้าของกรมธรรม์ประกันภัย / ผู้รับโอนสิทธิ์

- หมายเหตุ
- บริษัทจะจ่ายค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพและการตรวจอื่น ๆ รวมถึงค่าขอรายงานการรักษา (ถ้ามี) สำหรับกรมธรรม์ที่ทำเรื่องการต่ออายุ/ การซ้ำสัญญาเพิ่มเติม และการเพิ่มจำนวนเงินเอาประกันภัย เท่านั้น โดยบริษัทฯ จะจ่ายคืนให้ท่านตามจำนวนที่ได้ชำระไปจริง แต่ไม่เกินอัตราที่ บริษัทฯ กำหนด และกรมธรรม์ดังกล่าวต้องได้รับอนุมัติจากบริษัทฯ แล้ว
  - การตรวจสุขภาพ การเก็บสารตัวอย่างน้ำลาย และเลือด (บางตัว) จะต้องตรวจโดยแพทย์ที่ได้รับการแต่งตั้งจากบริษัทฯ เท่านั้น

FOR OFFICE USE:	Updated by.....Date.....	Verified by.....Date.....
-----------------	--------------------------	---------------------------

