

Aetna Health Insurance (Thailand) Public Company Limited

98 Sathorn Square Office Tower, 14th -15th Floor, North Sathorn Road, Silom, Bangrak, Bangkok 10500 Thailand
Tel. 0 2677 0000 Fax. 0 2230 6500



Request to amend information concerning policy

คำขอเปลี่ยนแปลงรายละเอียดกรมธรรม์

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่/Contract No. _____

ชื่อผู้เอาประกันภัย(Subscriber) / ชื่อบริษัท (Company name) _____

ต้องการแจ้งทำการเปลี่ยนแปลงแก้ไขเรื่อง / Request to amend information concerning about :

<p>1. ชื่อ-นามสกุล / First Name & Last Name</p>	<p>1.เดิม ชื่อ/Name _____ นามสกุล/Last Name _____ ใหม่/New ชื่อ/Name _____ นามสกุล/Last Name _____ 2.เดิม ชื่อ/Name _____ นามสกุล/Last Name _____ ใหม่/New ชื่อ/Name _____ นามสกุล/Last Name _____</p>
<p>2. ชื่อบริษัท / Company name วันที่มีผลบังคับ / Effective date</p>	<p>_____ Date : _____</p>
<p>3. ที่อยู่ / Address</p>	<p>_____ _____ _____</p>
<p>4.เบอร์โทรศัพท์,เบอร์แฟกซ์ / Tel, Fax No.</p>	<p>โทร./Tel _____ แฟกซ์/Fax _____</p>
<p>5. เอกสารหาย / Loss of cards or policy</p>	<p>..... 1. กรมธรรม์/Policy Package2. บัตรสมาชิกบริการช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉิน – AGA Service Card3. บัตรสมาชิก เอีทนา ประกันสุขภาพ/ Aetna membership card - เลขที่สมาชิก/Aetna member no. _____ ชื่อ / Name _____ - เลขที่สมาชิก/Aetna member no. _____ ชื่อ / Name _____ - เลขที่สมาชิก/ Aetna member no. _____ ชื่อ / Name _____</p>
<p>6. ยกเลิกกรมธรรม์/ Policy Cancellation * สำหรับการชำระเบี้ยประกันแบบรายเดือน วันที่มีผลบังคับการยกเลิกจะมีผลบังคับในรอบบิลถัดไป / Cancellation date for Monthly Payment will be effective in the next bills</p>	<p>วันที่มีผลบังคับยกเลิกกรมธรรม์/ Cancellation Effective Date* _____ เหตุผล/Reason _____ (กรุณาส่งบัตรสมาชิกและกรมธรรม์คืนบริษัท เอีทนา ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) และบริษัทฯ จะคืนค่าเบี้ยประกันส่วนที่เหลือให้ ต่อเมื่อได้รับบัตรสมาชิกคืนแล้วเท่านั้น โดยจะคำนวณเบี้ยจากวันที่ได้รับบัตรคืน / Please returned both card and policy to Aetna Health Insurance (Thailand) Public Company Limited and we will be issued to refund the remaining premium only when the card is returned to us already. Premium will be calculated from the date which card is obtained.)</p>
<p>7. อื่นๆ / Other</p>	<p>_____ _____ _____</p>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ/ All the above statement are true and complete.

ลงชื่อผู้รายงาน/ประทับตราบริษัท.....

Signature/Company stamp

วัน/เดือน/ปี.....

Date

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ.....

Aetna staff signature

วัน/เดือน/ปี.....

Date

หมายเหตุ / Remark

หากท่านกรอกข้อมูลข้างต้นสมบูรณ์ครบถ้วนเรียบร้อยแล้ว กรุณาส่งเอกสารมายัง e-Mail Membership@aetna.co.th

Please completed the form and send to Membership@aetna.co.th