

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



คำขอเอกสารรับรองการชำระเบี้ยประกันกรมธรรม์ประกันสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล

Request form for the payment of insurance premiums certificate of Health and Personal Accident Insurance

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ ชื่อผู้เอาประกันภัย.....
Contract No. Member Name

เลขที่บัตรประชาชน
ID Card Number

อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน ตรอก / ซอย

Address Moo Street Soi
ตำบล อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

Sub-district District Province Postal Code

ชื่อผู้ชำระเบี้ยประกัน ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย

Payer Name Relation
เลขที่บัตรประชาชน
ID Card Number

เลขที่ใบเสร็จรับเงิน วันที่ชำระเงิน

Receipt no. Paid date

ช่องทางที่ท่านสะดวกในการรับเอกสาร / Delivery channel

- นำส่งทาง Email address
- นำส่งเอกสารตามที่อยู่ / Address

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นที่ระบุข้างต้น เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันจริง
พร้อมทั้งแนบหลักฐานแสดงความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัยและข้อความนี้เป็นความจริงทุกประการ
I hereby ratify and confirm that all the above statement are true and complete.

ลงชื่อผู้รายงาน.....

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ.....

Signature

Aetna staff signature

วัน/เดือน/ปี.....

วัน/เดือน/ปี.....

Date

Date

หมายเหตุ / Remark

หากท่านกรอกข้อมูลข้างต้นสมบูรณ์ครบถ้วนเรียบร้อยแล้ว กรุณาส่งเอกสารมายัง e-Mail TH-membership@th.aetna.com

Please completed the form and send to TH-membership@th.aetna.com