

แบบฟอร์มการขอออกบัตรกำนัลใหม่ สำหรับการตรวจสุขภาพประจำปี

โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน (หากข้อมูลไม่ครบถ้วน ทางบริษัทฯ จะไม่สามารถดำเนินการออกบัตรฯ ให้ได้)

วันที่ _____/_____/_____

เรียน ฝ่าย Customer Officer – Customer Experience Management

ขอให้ดำเนินการออกบัตรกำนัลตรวจสุขภาพใหม่ แพ็คเกจแพลทินัม แพ็คเกจพรีเมียม แพ็คเกจคลาสสิก

เนื่องจาก

บัตรกำนัลฯ สูญหาย ไม่ได้รับ อื่น ๆ โปรดระบุ _____

ชื่อ-นามสกุล ผู้ถือกรมธรรม์ (เขียนตัวบรรจง) _____

เลขที่กรมธรรม์ T (กรณีมีมากกว่า 1 กรมธรรม์ กรุณากรอกเพียงกรมธรรม์เดียวเท่านั้น)

เบอร์มือถือผู้ถือกรมธรรม์ -

เบอร์มือถือตัวแทน -

หมายเหตุ :

1. บริษัท ขอสงวนสิทธิ์ในการออกบัตรฯ ใหม่ให้เพียง 1 ครั้งเท่านั้น
2. สำหรับการออกบัตรฯ ใหม่ บริษัทฯ จะใช้เวลาในการดำเนินการ 7 วันทำการ นับจากวันที่ได้รับแบบฟอร์มที่กรอกข้อมูลครบถ้วนเท่านั้น
3. กรณีผู้ถือกรมธรรม์ใช้สิทธิซ้ำ ทางหน่วยตัวแทนฯ ยินดีรับผิดขอค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น โดยหักบัญชีตัวแทนฯ ตามที่ได้แจ้งไว้ในกรณีที่หักบัญชีตัวแทนฯ ดังกล่าวไม่ได้ ผู้บริหารหน่วยฯ ยินดีรับผิดขอทุกประการ
4. ระยะเวลาการขอออกบัตรตรวจสุขภาพประจำปีใหม่ จะสิ้นสุด ณ 15 วันทำการ ก่อนสิ้นเดือน กุมภาพันธ์ เท่านั้น

ลายมือชื่อผู้บริหารหน่วย _____

ชื่อผู้บริหารหน่วย _____

รหัสหน่วย/รหัสตัวแทน _____ / _____

** กรณีผู้ถือกรมธรรม์มีตัวแทนฯ บริการมากกว่า 1 หน่วย (โปรดให้ผู้ถือกรมธรรม์ลงลายมือชื่อรับรอง ยินยอมให้ดำเนินการผ่านหน่วยงานของท่าน) ***

ลายมือชื่อผู้ถือกรมธรรม์ _____ (กรุณาลงลายมือชื่อให้เหมือนกับในกรมธรรม์)

ข้อมูลตัวแทนฯ ที่ทำเรื่องขอออกบัตรฯ ใหม่ – กรุณากรอรายละเอียดให้ครบถ้วน (เขียนตัวบรรจง)

ชื่อ-นามสกุลตัวแทนฯ _____ รหัสตัวแทนฯ _____

ชื่อหน่วย _____ รหัสหน่วย _____

อาคาร / สำนักงาน _____ รหัส อาคาร / สำนักงาน _____

เบอร์หน่วย _____ เบอร์มือถือ _____

ข้อมูลการจัดส่งบัตรฯ – กรุณากรอรายละเอียดให้ครบถ้วน (เขียนตัวบรรจง)

ส่งบัตรฯ ตามที่อยู่ของผู้ถือกรมธรรม์ (ตามที่ระบุในกรมธรรม์)
 กรุณาระบุรายละเอียด กรณีที่อยู่ที่ต้องการให้จัดส่ง ไม่ตรงกับที่อยู่ตามที่ระบุในกรมธรรม์
 ชื่อ-นามสกุล ผู้ถือกรมธรรม์ _____
 ที่อยู่ _____
 _____ รหัสไปรษณีย์ _____

ส่งบัตรฯ ที่หน่วยของตัวแทนฯ
 กรุณาระบุรายละเอียด
 ชื่อ-นามสกุลตัวแทนฯ _____
 ชื่อหน่วย _____ รหัสหน่วย _____
 อาคาร / สำนักงาน _____ รหัส อาคาร / สำนักงาน _____

มารับด้วยตัวเอง ที่ Distribution Center (บริเวณลานจอดรถจักรยานยนต์) ชั้น 1 อาคารเอไอเอ ทาวเวอร์
 ทางฝ่ายฯ จะส่ง SMS ยืนยันวันนัดรับ ไปยังโทรศัพท์มือถือของท่าน ตามที่ระบุไว้ข้างต้น

ฝ่าย Customer Office – Customer Experience Management
 ติดต่อ VIP Call Center โทร. 0 2353 8900 โทรสาร 0 2783 4817
 Email : vipservice.th@aia.com