



บริษัท เคดับบลิวไอ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

43 อาคารไทย ซีซี ทาวเวอร์ ชั้น 33 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร 10120

โทรศัพท์ : 02-033-9000 ทะเบียนเลขที่ 0107537001081

ตัวแทน ชื่อ .....

สาขา .....

โทร. ....

เลขที่กรมธรรม์.....

วันที่ .....

ชื่อผู้เอาประกันภัย ..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ (โปรดระบุ) .....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะขอเปลี่ยนแปลง และหรือขอต่ออายุของกรมธรรม์ประกันภัยข้างต้น ดังต่อไปนี้

**ส่วนที่ 1** กรมธรรม์ประกันภัยหลัก

- 1.1 ขอต่ออายุกรมธรรม์กรณีที่ขาดผลบังคับโดย  ต่ออายุแบบย้อนหลัง  ต่ออายุแบบเปลี่ยนวันคุ้มครอง
- 1.2 ขอเปลี่ยนแปลงแบบประกันภัยจากเดิมเป็น .....
- 1.3 ขอเปลี่ยนแปลงทุนประกันภัย โดยขอ  ลด  เพิ่ม จากเดิมเป็นทุนประกันภัยใหม่ .....
- 1.4 ขอ ลด ขกเลิก การเพิ่มอัตราเบี้ยประกันเนื่องจาก  อาชีพ  สุขภาพ

**เอกสารแนบ**

- 1.1)  เบี้ยประกัน  หนังสือรับรองสุขภาพ
- 1.2)  กรมธรรม์  เบี้ยประกัน  เปลี่ยนแบบ 200 บาท  หนังสือรับรองสุขภาพ
- 1.3)  กรมธรรม์  เบี้ย
- 1.4)  หนังสือรับรองสุขภาพ  เบี้ยประกัน

**ส่วนที่ 2** ขอเปลี่ยนแปลงอนุสัญญาเพิ่มเติมต่างๆ

- 2.1 สัญญาเพิ่มเติมอุบัติเหตุ
  - .....  ขกเลิก  ลดทุน  เพิ่มทุน เป็น .....
  - .....  ขกเลิก  ลดทุน  เพิ่มทุน เป็น .....
  - .....  ขกเลิก  ลดทุน  เพิ่มทุน เป็น .....
- 2.2 สัญญาเพิ่มเติมอื่นๆ
  - .....  ขกเลิก  ลดทุน  เพิ่มทุน เป็น .....
  - .....  ขกเลิก  ลดทุน  เพิ่มทุน เป็น .....
  - .....  ขกเลิก  ลดทุน  เพิ่มทุน เป็น .....

**เอกสารแนบ (2.1 – 2.2)**

- หนังสือรับรองสุขภาพ
- เบี้ยประกัน
- สำเนาบัตรประชาชน

**ส่วนที่ 3** การเปลี่ยนอื่นๆ

- 3.1 ขอเปลี่ยนแปลงงวดการชำระเบี้ยประกันภัยจากเดิมเป็น
  - รายปี  ราย 6 เดือน  ราย 3 เดือน  ราย 1 เดือน
- 3.2 ขอออกกรมธรรม์ฉบับที่สูญหาย
- 3.3 ขอเปลี่ยนแปลงผู้รับผลประโยชน์เดิมทั้งหมดตามกรมธรรม์ และแต่งตั้งผู้รับผลประโยชน์ใหม่ทั้งหมดเป็นดังนี้

**เอกสารแนบ**

- 3.1)  เบี้ยประกัน  สำเนาบัตรประชาชน
- 3.2)  ใบแจ้งความหาย  สำเนาบัตรประชาชน  ค่าธรรมเนียม 200 บาท
- 3.4)  สำเนาบัตรประชาชน

(หากมากกว่า 3 คน โปรดระบุเพิ่มเติมลงในช่อง 3.7 อื่นๆ) กรุณาแนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับผลประโยชน์ทุกคน

ชื่อ - นามสกุล	อายุ	ความสัมพันธ์	ส่วนแบ่ง (100%)
----------------	------	--------------	-----------------

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....

- 3.4 ขอเปลี่ยนสถานที่ติดต่อจากเดิมเป็น  บ้าน  ที่ทำงาน

โทร. ที่บ้าน ..... โทร. ที่ทำงาน ..... มือถือ .....

- 3.5 ขอเปลี่ยนแปลงชื่อและ/หรือสกุลของ  ผู้เอาประกันภัย  ผู้รับผลประโยชน์  ผู้ชำระเบี้ยประกัน จากเดิมเป็น ชื่อ - สกุล .....

**เอกสารแนบ**

- 3.5)  สำเนาบัตรประชาชน  สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ

- 3.6 ขอเปลี่ยนลายเซ็น โดยให้ถือว่าลายเซ็นใหม่ของข้าพเจ้านี้เป็นลายเซ็นที่ใช้ในการติดต่อกับบริษัทฯ เกี่ยวกับกรมธรรม์ของข้าพเจ้า (กรุณาเซ็นใหม่ 2 ครั้ง)

ลายเซ็นเดิม

ลายเซ็นใหม่

- 3.7 อื่นๆ .....

