



OTHERFORM-01

คำร้องขอแก้ไขเพิ่มเติมใบคำขอเอาประกันชีวิต

ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย.....ใบคำขอเลขที่.....ยื่นคำร้องขอแก้ไขเพิ่มเติม ดังนี้

☐ เปลี่ยนแบบประกันภัย จากเดิม เป็น ☐ เปลี่ยนแปลงจำนวนเงินเอาประกันภัย จากเดิม เป็นบาท ☐ ยกเลิก ☐ เพิ่ม ☐ ลด สัญญาเพิ่มเติมการยกเว้นเบี้ยประกันภัยของกรมธรรม์หลัก (WP) ☐ ซ้อ ☐ ฟรี จากเดิม เป็นบาท ☐ ยกเลิก ☐ เพิ่ม ☐ ลด สัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (PB) จากเดิม เป็นบาท	
☐ ยกเลิก ☐ เพิ่ม ☐ ลด สัญญาเพิ่มเติมการรักษาพยาบาลและศัลยกรรม (H&S) จากเดิม เป็นบาท ☐ ยกเลิก ☐ เพิ่ม ☐ ลด สัญญาเพิ่มเติมการรักษาพยาบาลและศัลยกรรม แบบ H&S เหม่าจ่าบ จากเดิม เป็นบาท ☐ ยกเลิก ☐ เพิ่ม ☐ ลด สัญญาเพิ่มเติมค่าชดเชยรายวันการเข้ารักษาในโรงพยาบาล (HB) จากเดิม เป็นบาท ☐ ยกเลิก ☐ เพิ่ม ☐ ลด บันทึกลักหลังการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (OPD) จากเดิม เป็นบาท	
☐ ยกเลิก ☐ เพิ่ม ☐ ลด สัญญาเพิ่มเติมโรคร้ายแรง 50 โรคทวีคูณ (DD50) จากเดิม เป็นบาท ☐ ยกเลิก ☐ เพิ่ม ☐ ลด สัญญาเพิ่มเติมโรคร้ายแรง 7 โรคร้ายแรง (DD7) จากเดิม เป็นบาท ☐ ยกเลิก ☐ เพิ่ม ☐ ลด สัญญาเพิ่มเติมโรคร้ายแรง เลดี้พลัส (Lady Plus) จากเดิม เป็นบาท ☐ ยกเลิก ☐ เพิ่ม ☐ ลด สัญญาเพิ่มเติมโรคร้ายแรง แคนเซอร์พลัส (Cancer Plus) จากเดิม เป็นบาท ☐ ยกเลิก ☐ เพิ่ม ☐ ลด สัญญาเพิ่มเติมโรคร้ายแรง สมาร์ท ซีไอ (Smart CI) จากเดิม เป็นบาท	
☐ ยกเลิก ☐ เพิ่ม ☐ ลด สัญญาเพิ่มเติมแบบเทอม (TR) ☐ 5/5 ☐ 10/10 ☐ 15/15 ☐ 19/19 จากเดิม เป็นบาท	
สัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองอุบัติเหตุ ☐ ยกเลิก ☐ เพิ่ม ☐ ลด AI จากเดิม เป็นบาท ☐ ยกเลิก ☐ เพิ่ม ☐ ลด ADD จากเดิม เป็นบาท ☐ ยกเลิก ☐ เพิ่ม ☐ ลด ADB จากเดิม เป็นบาท ☐ ยกเลิก ☐ เพิ่ม ☐ ลด AME จากเดิม เป็นบาท	บันทึกแนบท้ายมาตรการลดบทำร้าย ☐ ยกเลิก ☐ เพิ่ม ☐ ลด RCC(AI) จากเดิม เป็นบาท ☐ ยกเลิก ☐ เพิ่ม ☐ ลด RCC(ADD) จากเดิม เป็นบาท ☐ ยกเลิก ☐ เพิ่ม ☐ ลด RCC(AME) จากเดิม เป็นบาท
☐ ยอมรับเบี้ยประกันภัยเพิ่มพิเศษ เนื่องจาก ☐ อาชีพ ☐ สุขภาพ ในอัตรา.....บาท ต่อทุนประกันหนึ่งพันบาท ต่อปี	
☐ ขึ้นชั้นส่วนสูง.....ซ.ม. น้ำหนัก.....ก.ก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัว เพิ่มขึ้น.....ก.ก. ลดลง.....ก.ก. สาเหตุที่เปลี่ยนแปลงมาจาก.....	
☐ เปลี่ยนผู้รับประโยชน์เป็น (ระบุชื่อ-นามสกุล, อายุ และความสัมพันธ์) ดังนี้. 	
☐ เปลี่ยนแปลงอื่น ๆ โปรดระบุ.....	
ข้าพเจ้าขอรับรองว่า สุขภาพของข้าพเจ้า ไม่มีการเปลี่ยนแปลง และข้าพเจ้าไม่ได้รับการรักษาโรค ปรีกษาแพทย์ หรือการตรวจโรคแต่อย่างใดเลยนับตั้งแต่วันยื่นใบคำขอเอาประกันชีวิตดังกล่าว และขอรับรองต่อไปอีกว่า คำตอบทั้งหมดของข้าพเจ้าที่ได้เขียนไว้ในใบคำขอเอาประกันชีวิตดังกล่าว รวมทั้งเรื่องราวทั้งหลายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพของข้าพเจ้าด้วย ยังคงเป็นความจริงตามเดิมทุกประการ	

ลงชื่อ ณ.....

วันที่.....

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

พยาน / ตัวแทนประกันชีวิต / นายหน้าประกันชีวิต

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ผู้ขอเอาประกันภัยที่อายุ 10 ปีขึ้นไปจะต้องลงนามด้วยตนเอง)

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

พยาน

ผู้ให้ความยินยอม และ/หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัยในฐานะ

หมายเหตุ : หากผู้ขอเอาประกันภัยลงชื่อโดยการพิมพ์ลายนิ้วมือ จะต้องระบุว่าเป็นนิ้วมือใด ข้างไหนของบุคคลใด และพยานลงชื่อรับรอง 2 ท่าน

ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย

** กรณีมีการแก้ไข ชัดฆ่า ขูดลบ ให้ลงลายมือชื่อกำกับทุกที่

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)