

คำร้องขอเปลี่ยนแปลงและใช้สิทธิตามกรมธรรม์

ใบคำขอ/กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....	ชื่อผู้เอาประกันภัย.....
*กรณีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลส่วนบุคคล (ข้อ 1 – 7) บริษัทฯ ดำเนินการเปลี่ยนแปลงทุกสัญญาประกันภัยที่ได้ทำไว้กับบริษัทฯ **กรณีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลข้ออื่น ๆ ท่านประสงค์ที่จะเปลี่ยนแปลงข้อมูลในกรมธรรม์ ☐ ทุกกรมธรรม์ประกันภัยที่ได้ทำไว้กับบริษัทฯ ☐ เฉพาะกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ ทั้งนี้หากท่านไม่ระบุ บริษัทฯ ขอดำเนินการเปลี่ยนแปลงข้อมูลทุกสัญญาที่ได้ทำไว้กับบริษัทฯ และขอสงวนสิทธิ์การแจ้งข้อมูลผ่านหมายเลขโทรศัพท์ของสัญญาฉบับล่าสุดที่ได้ให้ไว้กับบริษัทฯ เพียงหนึ่งหมายเลข และหรือ อีเมลหนึ่งบัญชีเท่านั้น	
ข้าพเจ้า ชื่อ-สกุล..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล (ถ้ามี)..... ในฐานะ : ☐ ผู้เอาประกันภัย ☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมฯ (กรณีผู้เยาว์) ☐ ผู้รับโอนสิทธิ ☐ ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีซื้อสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย) มีความประสงค์ที่จะขอเปลี่ยนแปลง/แก้ไข ดังต่อไปนี้	
การขอเปลี่ยนแปลงข้อมูลส่วนบุคคล : สถานที่ติดต่อ เบอร์โทรศัพท์ และผู้รับผลประโยชน์ (ข้อ 1 – 9)	

1. ☐ แนบสำเนาใบเปลี่ยน ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย จากเดิมเป็น.....
2. ☐ แนบสำเนาใบเปลี่ยน ชื่อ-สกุล ผู้แทนโดยชอบธรรมฯ/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย/ผู้รับโอนสิทธิ จากเดิม.....เป็น.....
- ข้อ 1 และข้อ 2 กรุณานำสำเนาบัตรประชาชนและสำเนาใบเปลี่ยน ชื่อ-สกุล มาพร้อมกับใบคำร้องขอเปลี่ยนแปลง
3. ☐ เปลี่ยนแปลง วัน เดือน ปีเกิด (พ.ศ.) ที่ถูกต้องเป็น.....
4. ☐ เปลี่ยนแปลงสถานภาพ (โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง) จาก.....เป็น.....
5. ☐ เปลี่ยนแปลงอาชีพ (ระบุอาชีพใหม่)ตำแหน่ง.....
- ลักษณะงานที่ทำ.....รายได้ต่อปี..... บาท
6. ☐ เปลี่ยนแปลงลายมือชื่อ (เดิม).....ลายมือชื่อ (ใหม่)
7. ☐ โทรศัพท์(มือถือ).....☐ โทรศัพท์(ที่ทำงาน).....☐ โทรศัพท์(บ้าน).....
8. ☐ เปลี่ยนแปลงสถานที่ติดต่อจากเดิม เป็น ☐ ที่อยู่ทะเบียนบ้าน ☐ สถานที่ทำงาน ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ อื่นๆ โปรดระบุที่อยู่ที่ต้องการเปลี่ยนแปลง
-
-
9. ☐ เปลี่ยนแปลงผู้รับผลประโยชน์ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ (ถ้ามีได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับผลประโยชน์ให้ถือว่าแบ่งเท่า ๆ กัน)

*กรุณานำสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับผลประโยชน์ใหม่ทุกคน

	ชื่อ-นามสกุล	อายุ	ความสัมพันธ์	เลขบัตรประชาชน	ร้อยละของผลประโยชน์
1					
2					
3					
4					
5					

การขอเปลี่ยนแปลงการใช้สิทธิตามกรมธรรม์ (ข้อ 10 – 12)

10. ☐ เปลี่ยนแปลงงวดการชำระเบี้ยประกัน : ☐ รายปี ☐ ราย 6 เดือน ☐ ราย 3 เดือน ☐ รายเดือน
11. ☐ เปลี่ยนแปลงการรับเงินที่จ่ายคืนตามกรมธรรม์ : ☐ ขอรับเป็นเช็ค ☐ โอนเข้าบัญชีธนาคาร (พร้อมแนบสำเนาสมุดบัญชีธนาคาร)
☐ พร้อมเพย์ (ที่ผูกกับเลขบัตรประชาชน)
12. ☐ เปลี่ยนแปลงกรมธรรม์ประกันภัย : ☐ เป็นแบบ กรมธรรม์ใช้เงินสำเร็จ (RPU) ☐ เป็นแบบ กรมธรรม์ขยายเวลา (ETI)

*กรณีมีเงินคืนทันทีโปรดแนบสำเนาสมุดบัญชีธนาคาร

รายการความคุ้มครองและผลประโยชน์เอาประกันภัย : กรณีขอเปลี่ยนแปลงยอดจำนวนเงินเอาประกันภัย การขอซื้อสัญญาเพิ่มเติม บริษัทดำเนินการให้เมื่อครบรอบปีกรมธรรม์เท่านั้น (กรุณายื่นคำร้องล่วงหน้า 30 วัน)

1. ☐ ลดจำนวนเงินเอาประกันภัย เป็น..... บาท
2. ☐ เปลี่ยนแปลงสัญญาเพิ่มเติม
- ☐ ซื้อเพิ่ม ☐ ลด ☐ ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติม.....จำนวนเงินเอาประกันภัย..... บาท
- ☐ ซื้อเพิ่ม ☐ ลด ☐ ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติม.....จำนวนเงินเอาประกันภัย..... บาท
- ☐ ซื้อเพิ่ม ☐ ลด ☐ ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติม.....จำนวนเงินเอาประกันภัย..... บาท
- ☐ ซื้อเพิ่ม ☐ ลด ☐ ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติม.....จำนวนเงินเอาประกันภัย..... บาท
- ☐ ซื้อเพิ่ม ☐ ลด ☐ ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติม.....จำนวนเงินเอาประกันภัย..... บาท
- ☐ ซื้อเพิ่ม ☐ ลด ☐ ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติม.....จำนวนเงินเอาประกันภัย..... บาท
- ☐ ซื้อเพิ่ม ☐ ลด ☐ ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติม.....จำนวนเงินเอาประกันภัย..... บาท
3. ☐ เปลี่ยนแปลงเรื่อง อื่นๆ โปรดระบุ.....

*กรณีขอซื้อสัญญาเพิ่มเติม (ซื้อเพิ่ม) กรุณาตอบคำถาม ในแบบแถลงสุขภาพ: กรณียื่นคำร้องขอเปลี่ยนแปลงรายการความคุ้มครองและผลประโยชน์เอาประกันภัย กรุณาแนบหลักฐาน

1. สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย / สำเนาบัตรประชาชนของบิดา/มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมฯ (สำหรับผู้เอาประกันภัยที่อายุต่ำกว่า 20 ปี)
2. กรณีกรมธรรม์ของท่านซื้อผ่านช่องทางไม่พบหน้ากรุณาแนบรูปถ่ายหน้าตรงคู่กับบัตรประชาชน

ข้อความยืนยันถ้อยแถลงและการให้ความยินยอม ข้าพเจ้าได้อ่านและทำความเข้าใจเนื้อหาใบคำร้องขอเปลี่ยนแปลงรายการความคุ้มครองและผลประโยชน์เอาประกันภัยฉบับนี้ โดยละเอียดแล้ว และยืนยันว่าข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้แจ้งให้บริษัทฯ ทราบนั้นเป็นความจริงและถูกต้อง ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจความจำเป็นในการตรวจสอบเพื่อยืนยันตัวตนในการปกป้องสิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล ในการนี้ ข้าพเจ้าจึงได้ลงนามไว้เพื่อเป็นหลักฐาน เขียนที่ วันที่ เดือน พ.ศ.		 ท่านสามารถตรวจสอบข้อมูลกรมธรรม์ผ่านระบบ iService	 ท่านสามารถศึกษานโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ
ลงชื่อ..... (.....) ผู้เอาประกันภัยที่มีอายุ 10 ปีขึ้นไป จะต้องลงนามด้วยตนเอง	ลงชื่อ..... (.....) ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และ/หรือผู้ให้ความยินยอมในฐานะ ☐ บิดา/มารดา ☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)		
สำหรับเจ้าหน้าที่เท่านั้น ☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ ความเห็นเจ้าหน้าที่		ลายมือชื่อเจ้าหน้าที่ ลงชื่อ..... (.....) ฝ่ายงาน วันที่	