



ชื่อตัวแทน / นายหน้า.....

หน่วย / สาขา..... มือถือ.....

แบบฟอร์มขอเปลี่ยนแปลง ก่อนออกกรมธรรม์ประกันภัย หลังออกกรมธรรม์ประกันภัย

ใบคำขอเอาประกันชีวิต / กรมธรรม์เลขที่.....

ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย.....

เลขประจำตัวประชาชน - - - -

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอเปลี่ยนแปลงรายละเอียดในใบคำขอเอาประกันชีวิต / กรมธรรม์ประกันภัย ดังต่อไปนี้

1. เปลี่ยนแปลงสถานที่ติดต่อ ทุกกรมธรรม์ เฉพาะกรมธรรม์เลขที่.....จากเดิมเป็น (ชื่อสถานที่.....) เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน..... แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....อีเมล.....
2. เปลี่ยนชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย จาก..... เป็น..... (แนบเอกสารทางราชการประกอบ) (กรณีเปลี่ยนแปลงลายมือชื่อ โปรดลงนามลายมือชื่อเดิมและลายมือชื่อใหม่ข้างท้ายแบบฟอร์มฉบับนี้)
3. เปลี่ยน / แก้ไขชื่อ-สกุลผู้ปกครองตามกรมธรรม์ จาก..... เป็น..... (แนบเอกสารทางราชการประกอบ)
4. เปลี่ยนแปลง / แก้ไขผู้รับประโยชน์ จากเดิมเป็น (กรณีเพิ่มผู้รับประโยชน์กรุณานแนบเอกสารทางราชการเพื่อแสดงความสัมพันธ์)

ชื่อ-สกุล (กรุณาระบุค่านำหน้า)	อายุ	ความสัมพันธ์	ร้อยละของผลประโยชน์

5. เปลี่ยนแปลงผู้ชำระเบี้ยประกันภัย เป็น.....ความสัมพันธ์.....โทร..... (แนบลำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยคนใหม่พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง กรณีเป็นนิติบุคคล โปรดแนบลำเนาใบสำคัญแสดงการจดทะเบียนห้างหุ้นส่วน / บริษัท)
6. เปลี่ยนแปลงเลขที่บัญชีธนาคารสำหรับให้บริษัทโอนเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ดังนี้
 - เปลี่ยนเลขที่บัญชีจากเดิมเป็น.....(แนบลำเนาสมุดบัญชี)
 - เพิ่มเลขที่บัญชี (กรณีไม่เคยแจ้งความประสงค์).....(แนบลำเนาสมุดบัญชี)
 - ยกเลิกบัญชี ขอรับเป็นตัวแลกเงิน
 (หากท่านประสงค์จะแจ้งยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงวิธีการรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ และ/หรือเปลี่ยนเลขที่บัญชี กรุณาแจ้งให้บริษัททราบเป็นลายลักษณ์อักษรล่วงหน้าอย่างน้อย 1 เดือน)
7. ขอแปรสภาพกรมธรรม์เป็น แบบใช้เงินสำเร็จ แบบขยายระยะเวลา (กรมธรรม์ต้องมีมูลค่ากรมธรรม์แล้ว และขอแปรสภาพฯ ได้ตั้งแต่วันครบชำระเบี้ยประกันภัยงวดถัดไป ถึงระยะเวลาผ่อนผันการชำระเบี้ยประกันภัย)
8. ขอออกกรมธรรม์ใหม่แทนฉบับเดิมที่ชำรุดหรือสูญหาย (แนบกรมธรรม์ฉบับจริงกรณีกรมธรรม์ชำรุด / แนบบันทึกรับประกันวันแจ้งความกรมธรรม์สูญหาย โดยต้องระบุ ชื่อบริษัท ชื่อผู้เอาประกันภัย และเลขที่กรมธรรม์)
9. ขอแก้ไขรายละเอียดในใบคำขอเอาประกันชีวิตข้อที่.....ที่ถูกต้องคือ.....

10. แก้ว/วัน/เดือน/ปีเกิด ผู้เอาประกันภัย ผู้ปกครองตามกฎหมาย
 จากวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... เป็นวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
11. เปลี่ยนแปลงวงกรมการชำระเบี้ยประกันภัยจากเดิมเป็น รายปี ราย 6 เดือน ราย 3 เดือน รายเดือน
12. เปลี่ยนแบบประกันภัยจากเดิม แบบ ระยะเวลาเอาประกันภัย.....ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย.....ปี
 เป็นแบบ.....ระยะเวลาเอาประกันภัย.....ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย.....ปี
 (ในกรณีขอเปลี่ยนแบบประกันเป็นแบบที่มีระยะเวลาคู่กรมการยาวขึ้น โปรดแถลงรายละเอียดในใบคำขอแบบแถลงสุขภาพอย่างละเอียด)
 (โปรดส่งกรมธรรม์ฉบับจริง/ใบแจ้งความกรณีสูญหายไปยังบริษัท ในกรณีเปลี่ยนแบบประกันตามข้อ 12.)
13. ขอเพิ่ม ลดจำนวนเงินเอาประกันภัย จากเดิม.....บาท เป็น.....บาท
 (ในกรณีขอเพิ่มจำนวนเงินเอาประกันภัยตามข้อ 13. โปรดแถลงรายละเอียดในใบคำขอแบบแถลงสุขภาพอย่างละเอียด)
14. ขอเพิ่มสัญญาเพิ่มเติม ดังนี้
 ขอเพิ่ม ลดทุนประกันสัญญาเพิ่มเติม ดังนี้.....
 ขอยกเลิกสัญญาเพิ่มเติม ดังนี้.....
 (ในกรณีขอเพิ่ม / เพิ่มทุนสัญญาเพิ่มเติมตามข้อ 14. โปรดแถลงรายละเอียดในใบคำขอแบบแถลงสุขภาพอย่างละเอียด)
15. ขอเปลี่ยนผู้ปกครองคนใหม่ จากเดิม.....ความสัมพันธ์
 เป็น.....ความสัมพันธ์
 (โปรดให้ผู้ปกครองคนเดิมลงนามในแบบฟอร์มขอเปลี่ยนแปลงพร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนรับรองสำเนาถูกต้อง)
 (แถลงรายละเอียดของผู้ปกครองคนใหม่ในใบคำขอเอาประกันภัยผู้เยาว์พร้อมลงนามและแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนรับรองสำเนาถูกต้อง)
16. ขอถอนเงินฝาก จากเงินจ่ายตามเงื่อนไขกรมธรรม์ ทุกงวดที่ฝากไว้ทั้งหมด
 โดยโอนเข้าบัญชีธนาคารที่ได้แจ้งไว้กับบริษัท (ถ้ามี) โดยโอนเข้าบัญชีที่แนบมาด้วยนี้ (แนบหน้าสมุดบัญชี)
17. ขอเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ.....

ลงชื่อ.....
 (.....)

ลายมือชื่อผู้ปกครองกรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์

ลงชื่อ.....
 (.....)

ลายมือชื่อของผู้เอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย
 (โปรดลงลายมือชื่อให้เหมือนกับลายมือชื่อในใบคำขอเอาประกันชีวิต)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ลงชื่อ.....พยาน / ตัวแทน
 (.....)

ลายมือชื่อใหม่.....
 (.....)

(กรณีผู้เอาประกันภัย / ผู้ปกครองขอเปลี่ยนแปลงลายมือชื่อ)

ลงชื่อ.....พยาน / ตัวแทน
 (.....)

หมายเหตุ กรุณาแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (รับรองสำเนาถูกต้อง) พร้อมการยื่นแบบฟอร์มขอเปลี่ยนแปลงทุกครั้ง
 กรณีผู้เอาประกันภัย/ผู้ปกครองพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือ จะต้องมีย่านรับรองอย่างน้อย 2 คน

FOR OFFICE USE : Signature verified by.....Date.....