บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
OCEAN LIFE INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED
สำนักงานใหญ่ 170/74-83 อาคารโอเชี่ยนทาวเวอร์ 1 ถนนรัชดาภิเษก เขตคลองเตย กทม. 10110
www.ocean.co.th E-Mail: info@ocean.co.th ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1503 โทรสาร 0 2207 8822

หนังสือขอเปลี่ยนแปลง

กรมธรรม์ประกันชีวิตกลุ่มเลขที่..... วันที่.....

ทำที่.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... ขอเปลี่ยนแปลงข้อความเกี่ยวกับการประกันชีวิตกลุ่ม ดังต่อไปนี้ [กา ✓ ในส่วนที่ต้องการให้บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ดำเนินการ]

☐ ขอเปลี่ยนผู้รับประโยชน์จากเดิมเป็น

ชื่อ-สกุลผู้รับประโยชน์	ความสัมพันธ์	ที่อยู่ผู้รับประโยชน์
1.	.....	.....
2.	.....	.....
3.	.....	.....
4.	.....	.....

☐ เพิ่มผู้รับประโยชน์

ชื่อ-สกุลผู้รับประโยชน์	ความสัมพันธ์	ที่อยู่ผู้รับประโยชน์
1.	.....	.....
2.	.....	.....
3.	.....	.....

ขอเปลี่ยนชื่อ-สกุล ของผู้เอาประกัน และ/หรือผู้รับประโยชน์

☐ สมาชิกผู้เอาประกัน เปลี่ยนชื่อ-สกุล

ขอเปลี่ยนชื่อ-สกุล จาก ..... เป็น .....

☐ ผู้รับประโยชน์ เปลี่ยนชื่อ-สกุล

ขอเปลี่ยนชื่อ-สกุล จาก 1. ..... เป็น .....

จาก 2. ..... เป็น .....

จาก 3. ..... เป็น .....

ขอเปลี่ยนบัญชีธนาคารของผู้เอาประกัน

☐ ขอเปลี่ยนเลขที่บัญชีธนาคาร จากเดิมเป็น (พร้อมแนบสำเนาหน้าบัญชีธนาคาร)

ชื่อบัญชี	ธนาคาร	สาขา	เลขที่บัญชี
.....	.....	.....	.....

ลงชื่อ ..... พยาน
(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้เอาประกันชีวิตกลุ่ม
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้แทนนายจ้าง/ผู้ถือกรมธรรม์
(.....)