



4. ขอเปลี่ยนแปลงแก้ไขข้อมูลผู้รับประโยชน์ (กรณีเพิ่มหรือลดผู้รับประโยชน์ ให้ระบุผู้รับประโยชน์เดิมรวมที่เปลี่ยนแปลงให้ครบถ้วน)

ขอเปลี่ยนแปลงผู้รับประโยชน์ ภายใต้กรมธรรม์ฉบับนี้ จากเดิม เป็น

ชื่อ-นามสกุล	เลขประจำตัวประชาชน	สัดส่วนผลประโยชน์%	ความสัมพันธ์	เบอร์โทรศัพท์มือถือ
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

5. ขอเปลี่ยนแปลงแก้ไขข้อมูลที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน/ที่ติดต่อและส่งเอกสาร

ขอเปลี่ยนแปลงที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน จากเดิม เป็น (ชื่อสถานที่ \_\_\_\_\_) เลขที่ \_\_\_\_\_

หมู่ที่ \_\_\_\_\_ หมู่บ้าน/อาคาร \_\_\_\_\_ ซอย \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_

ตำบล/แขวง \_\_\_\_\_ อำเภอ/เขต \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_

ขอเปลี่ยนแปลงที่อยู่ติดต่อและส่งเอกสาร จากเดิม เป็น (ชื่อสถานที่ \_\_\_\_\_) เลขที่ \_\_\_\_\_

หมู่ที่ \_\_\_\_\_ หมู่บ้าน/อาคาร \_\_\_\_\_ ซอย \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_

ตำบล/แขวง \_\_\_\_\_ อำเภอ/เขต \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_

โทรศัพท์มือถือ \_\_\_\_\_ โทรศัพท์บ้าน \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ที่ทำงาน \_\_\_\_\_

Facebook \_\_\_\_\_ Line \_\_\_\_\_ Instagram \_\_\_\_\_

6. ขอเปลี่ยนแปลงแก้ไขข้อมูลวิธีรับเงินผลประโยชน์ของผู้เอาประกันภัย

เงินผลประโยชน์ตามเงื่อนไขกรมธรรม์  เงินสินไหมสุภาพ โดยผู้เอาประกันภัยประสงค์ที่จะรับเงินด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังนี้

โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร ชื่อบัญชี \_\_\_\_\_ เลขที่บัญชี \_\_\_\_\_

ธนาคาร \_\_\_\_\_ สาขา \_\_\_\_\_

โอนเงินเข้าพร้อมเพย์ ที่สมัครโดยใช้เลขประจำตัวประชาชน \_\_\_\_\_

ทั้งนี้ได้แนบสำเนาบัตรประชาชนมากับคำขอนี้ กรณีรับเงินผ่านบัญชีเงินฝากธนาคารต้องแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารของผู้เอาประกันภัย หรือของผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ) (หากมีกรมธรรม์ฉบับอื่น โปรดระบุ \_\_\_\_\_ )

กรณีที่บริษัทฯ โอนเงินเข้าบัญชีตามที่ระบุข้างต้นไม่ได้ ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จ่ายเงินผลประโยชน์ตามวิธีการที่บริษัทฯ กำหนด

7. ขอเปลี่ยนแปลงแก้ไขข้อมูลการโอนสิทธิและประโยชน์ตามกรมธรรม์

7.1 การโอนสิทธิและประโยชน์ตามกรมธรรม์

ขอโอนสิทธิและประโยชน์ตามกรมธรรม์ เป็น (ระบุค่านำหน้านาม, ชื่อ-นามสกุล) \_\_\_\_\_

เลขประจำตัวประชาชน \_\_\_\_\_ ความสัมพันธ์ \_\_\_\_\_

ขอเปลี่ยนผู้รับโอนสิทธิและประโยชน์ตามกรมธรรม์ จากเดิม เป็น (ระบุค่านำหน้านาม, ชื่อ-นามสกุล) \_\_\_\_\_

เลขประจำตัวประชาชน \_\_\_\_\_ ความสัมพันธ์ \_\_\_\_\_

ยกเลิกการโอนสิทธิและประโยชน์ตามกรมธรรม์ โดยให้สิทธิและประโยชน์ตามกรมธรรม์กลับเป็นของผู้เอาประกันภัย

## 7.2 การรับเงินตามเงื่อนไขกรมธรรม์

ประสงค์ที่จะรับเงินตามเงื่อนไขกรมธรรม์ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังนี้

- โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร  ผู้เอาประกันภัย  ผู้รับโอนสิทธิและประโยชน์ตามกรมธรรม์  
ชื่อบัญชี \_\_\_\_\_ เลขที่บัญชี \_\_\_\_\_  
ธนาคาร \_\_\_\_\_ สาขา \_\_\_\_\_
- โอนเงินเข้าพร้อมเพย์  ผู้เอาประกันภัย  ผู้รับโอนสิทธิและประโยชน์ตามกรมธรรม์ที่สมัครโดยใช้เลขประจำตัวประชาชน  
เลขประจำตัวประชาชน \_\_\_\_\_

## 8. ขอลอกกรมธรรม์ฉบับใบแทน เนื่องจากกรมธรรม์ฉบับเดิม

- สูญหาย  ชำรุด (ระบุสาเหตุ) \_\_\_\_\_

## 9. ขอรับรหัสเงิน

- ขอรับรหัสรับเงิน ของบริการ “รับเงินสดทันที กับ Online Money Transfer” เนื่องจากยังไม่ได้รับรหัสรับเงินหรือรหัสรับเงินชำรุด / สูญหาย

## 10. อื่น ๆ \_\_\_\_\_

วันที่ยื่นคำร้อง วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

(ลงชื่อ) _____ ( _____ ) พยาน/ ตัวแทนประกันชีวิต
--

(ลงชื่อ) _____ ( _____ ) ผู้เอาประกันภัย
(ลงชื่อ) _____ ( _____ ) ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ ผู้แทนโดยชอบธรรม/ ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

สำหรับบริษัทลงบันทึก : ยืนยันการเปลี่ยนแปลงแก้ไขข้อมูล
<input type="checkbox"/> ผู้เอาประกันภัยมาติดต่อด้วยตนเอง <input type="checkbox"/> ตัวแทนประกันชีวิตยื่นเอกสารแทนผู้เอาประกันภัย
<input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ) _____
โทรติดต่อผู้เอาประกันภัย หมายเลข _____ ผู้รับรองข้อมูล _____ ( _____ )
ผู้จัดการ/ผู้อนุมัติ _____ วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____ ( _____ )