



คำขอเปลี่ยนแปลงแก้ไขกรมธรรม์ เขียนที่ _____ สาขา _____ ได้ _____
 กรมธรรม์ประกันชีวิตเลขที่ _____ ชื่อผู้เอาประกันภัย _____
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ โทรศัพท์ □□-□□□□-□□□□
 ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะขอเปลี่ยนแปลงรายละเอียดในกรมธรรม์ประกันภัย ดังต่อไปนี้

ขอเปลี่ยนแปลงแก้ไขรายละเอียดกรมธรรม์

- ขอเปลี่ยนแปลงวิธีการชำระเบี้ยประกันภัยเป็น รายปี รายหกเดือน รายสามเดือน รายเดือน
- ขอเปลี่ยนแปลงแบบประกันภัยเป็นแบบ _____ Code Plan _____
- เพิ่ม ลด จำนวนเงินเอาประกันภัย จากเดิมเป็น _____ บาท
- เพิ่ม ลด จำนวนเบี้ยประกันภัย จากเดิมเป็น _____ บาท
- เพิ่ม ลด ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองอุบัติเหตุส่วนบุคคลพิเศษ (CPA) จากเดิมเป็น _____ บาท
- เพิ่ม ลด ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองอุบัติเหตุ [] CPA2.6 [] _____ จากเดิมเป็น _____ บาท
- เพิ่ม ลด ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมค่าชดเชยรายได้เนื่องจากการเจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุ (DAB) จากเดิมเป็น _____ บาท
- เพิ่ม ลด ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมค่าชดเชยรายได้รายวัน (DAB2) จากเดิมเป็น _____ บาท
- เพิ่ม ลด ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (PB) จากเดิมเป็น _____ บาท
- เพิ่ม ลด ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองสุขภาพ (HC) จากเดิมเป็น _____ บาท
- เพิ่ม ลด ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองสุขภาพ (HC เหม่าจ่าย) จากเดิมเป็น _____ บาท
- เพิ่ม ลด ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยโรคมะเร็ง (CB) จากเดิมเป็น _____ บาท
- เพิ่ม ลด ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมประกันภัยโรคร้ายแรง (CI) จากเดิมเป็น _____ บาท
- เพิ่ม ลด ยกเลิก อื่น ๆ _____ จากเดิมเป็น _____ บาท
- เพิ่ม ลด ยกเลิก อื่น ๆ _____ จากเดิมเป็น _____ บาท
- เพิ่ม ลด ยกเลิก อื่น ๆ _____ จากเดิมเป็น _____ บาท
- ขอเปลี่ยนแปลงกรมธรรม์ประกันภัยเป็น แบบขยายระยะเวลา (ไม่มีเงินปันผล) แบบกรมธรรม์ใช้เงินสำเร็จ (ไม่มีเงินปันผล)
- ขอกลับคืนผู้สภากเดิมของกรมธรรม์ และได้แนบค่าแถมสุขภาพของข้าพเจ้า มาพร้อมคำขอนี้

ขอเปลี่ยนแปลงแก้ไขข้อมูลผู้เอาประกันภัย

- ขอออกกรมธรรม์ฉบับใบแทน เนื่องจากกรมธรรม์ฉบับเดิม สูญหาย ขำรูด (ระบุสาเหตุ) _____ อื่น ๆ _____
- ขอเปลี่ยนชื่อ และ/หรือ ชื่อสกุล ผู้เอาประกันภัย เป็นชื่อ _____
- ขอเปลี่ยนชื่อ และ/หรือ ชื่อสกุล เจ้าของกรมธรรม์ประกันภัย (PB) เป็นชื่อ _____
- ขอเปลี่ยนชื่อ และ/หรือ ชื่อสกุล ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (ไม่มี PB) เป็นชื่อ _____
 กรุณาระบุเหตุผล _____
- ขอเปลี่ยน วัน / เดือน / ปีเกิด* ผู้เอาประกันภัย เจ้าของกรมธรรม์ประกันภัย (PB)
 ที่ถูกต้องคือ วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____ (*ตรวจสอบอายุ เบี้ย และทุนประกัน)
- ขอเปลี่ยนแปลงลายมือชื่อ ขอมีลายมือชื่อ (กรณีการบรรลุนิติภาวะของผู้เยาว์) โดยให้ถือว่าลายมือชื่อใหม่ของข้าพเจ้าที่ปรากฏต่อไปนี้
 เป็นลายมือชื่อที่ใช้ในการติดต่อกับบริษัทฯ ในกรณีต่าง ๆ เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยข้างต้น

 (ลายมือชื่อเก่า)

 (ลายมือชื่อใหม่)

ขอเปลี่ยนแปลงที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเป็น (ชื่อสถานที่ _____) เลขที่ _____ หมู่ _____ ซอย _____
ถนน _____ ตำบล _____ อำเภอ _____ จังหวัด _____
รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์มือถือ _____ โทรศัพท์บ้าน _____
(หากมีกรรมกรรรมฉบับอื่น โปรดระบุ _____)

ขอเปลี่ยนแปลงสถานที่ติดต่อ / ที่อยู่เป็น (ชื่อสถานที่ _____) เลขที่ _____ หมู่ _____ ซอย _____
ถนน _____ ตำบล _____ อำเภอ _____ จังหวัด _____
รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์มือถือ _____ โทรศัพท์บ้าน _____
(หากมีกรรมกรรรมฉบับอื่น โปรดระบุ _____)

ขอเปลี่ยนแปลงแก้ไขรายละเอียดผู้รับประโยชน์ (กรณีเพิ่มหรือลดผู้รับประโยชน์ ให้ระบุผู้รับประโยชน์เดิมรวมที่เปลี่ยนแปลงให้ครบถ้วน)

ขอเปลี่ยนแปลงผู้รับผลประโยชน์ภายใต้กรรมกรรรมฉบับนี้ จากเดิมเป็น

| ชื่อ/ชื่อสกุล | เลขบัตรประจำตัวประชาชน | สัดส่วน% | ความสัมพันธ์ | โทรศัพท์ |
|---------------|------------------------|----------|--------------|----------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

อื่น ๆ _____

ขอเปลี่ยนแปลงแก้ไขรายละเอียดวิธีรับเงินผลประโยชน์

ขอเปลี่ยนแปลงวิธีรับเงินผลประโยชน์ตามเงื่อนไขกรรมกรรรม ด้วยวิธีรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีเงินฝากธนาคาร
ชื่อบัญชี _____ เลขที่บัญชี _____
ธนาคาร _____ สาขา _____

ทั้งนี้ ได้แนบสำเนาบัตรประชาชน และสำเนานำหน้าสมุดบัญชีธนาคาร ประเภทบัญชีสะสมทรัพย์ (ต้องเป็นบัญชีของผู้เอาประกันภัยหรือ
บัญชีของเจ้าของกรรมกรรรมประกันภัย (PB) หรือบัญชีบิดามารดา กรณีผู้เอาประกันภัยยังเป็นผู้เยาว์ และหรือตามเงื่อนไขของบริษัทเท่านั้น)
(หากมีกรรมกรรรมฉบับอื่น โปรดระบุ _____)

และในกรณีที่บริษัท ฯ ไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีตามที่ระบุไว้ข้างต้นได้ ข้าพเจ้ายินดีที่จะรับเงินผลประโยชน์เป็นเช็คตามขั้นตอนปกติ

ขอออกบัตร

ขอออกบัตรประกันสุขภาพ Ocean Care Card สูญหาย ขำรุด อื่น ๆ _____

วันที่ยื่นคำร้อง วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

| |
|---|
| ลงชื่อ _____ (_____) ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้ปกครอง หรือผู้แทนโดยชอบธรรม |
| ลงชื่อ _____ พยาน / ตัวแทน (_____) |

| |
|---|
| ลงชื่อ _____ (_____) ลายมือชื่อของผู้เอาประกันภัย |
| ลงชื่อ _____ พยาน / ตัวแทน (_____) |

สำหรับบริษัทลงบันทึก : ผู้พิจารณา / ผู้อนุมัติ _____ วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____