



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)
- ขอกลับคืนสู่สภาพเดิมของกรมธรรม์ และได้แนบค่าแถลงสุขภาพของข้าพเจ้า มาพร้อมคำขอนี้

**ขอเปลี่ยนแปลงแก้ไขข้อมูลผู้เอาประกันภัย**

- ขอออกกรมธรรม์ฉบับใบแทน เนื่องจากกรมธรรม์ฉบับเดิม  สูญหาย  ชำรุด (ระบุสาเหตุ) \_\_\_\_\_  อื่น ๆ \_\_\_\_\_
- ขอเปลี่ยนชื่อ และ/หรือ ชื่อสกุล ผู้เอาประกันภัย เป็นชื่อ \_\_\_\_\_
- ขอเปลี่ยนชื่อ และ/หรือ ชื่อสกุล เจ้าของกรมธรรม์ประกันภัย (PB) เป็นชื่อ \_\_\_\_\_
- ขอเปลี่ยนชื่อ และ/หรือ ชื่อสกุล ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (ไม่มี PB) เป็นชื่อ \_\_\_\_\_  
 กรณารระบุเหตุผล \_\_\_\_\_
- 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 และสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร ประเภทบัญชีสะสมทรัพย์ (ต้องเป็นบัญชีของผู้เอาประกันภัยหรือบัญชีของเจ้าของกรรมกรรรมประกันภัย (PB) หรือบัญชีบิดามารดา กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ 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. \_\_\_\_\_

CODE 02135 ยืนยันการเปลี่ยนแปลงผู้รับประโยชน์  ผู้เอาประกันมาติดต่อด้วยตนเอง  ตัวแทนยื่นเอกสารแทนผู้เอาประกัน  
โทรติดต่ผู้เอาประกัน หมายเลข \_\_\_\_\_ ผู้รับรองข้อมูล \_\_\_\_\_