

คำขอแก้ไขเพิ่มเติมกรมธรรม์ประกันชีวิตสำหรับครอบครัว

ชื่อ - นามสกุล ผู้เอาประกันภัย.....
 ข้าพเจ้าในฐานะ: ผู้ขอเอาประกันภัยหลัก / ผู้เอาประกันภัยหลัก หรือ ผู้ร่วมขอเอาประกันภัย /
 ผู้ร่วมเอาประกันภัย มีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงแก้ไขกรมธรรม์ประกันชีวิต หรือ
 ใบคำขอเอาประกันภัยของข้าพเจ้าดังต่อไปนี้

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.
 ใบคำขอเอาประกันภัยเลขที่.....
 กรมธรรม์ประกันชีวิตเลขที่.....

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้ขอเอาประกันภัยหลัก / ผู้เอาประกันภัยหลัก

☐ ผู้เอาประกันภัยหลักขอสมัครการเป็นเอาประกันภัยหลัก (กรณีนี้ ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับที่ 1 จะมีสถานะเป็นเอาประกันภัยหลักโดยอัตโนมัติ)

หมายเหตุ กรณีขอสมัครตามข้างต้น ผู้เอาประกันภัยหลักจะสิ้นสุดความคุ้มครองตามกรมธรรม์

☐ ผู้เอาประกันภัยหลักขอเปลี่ยนสถานะเป็นผู้ร่วมเอาประกันภัย / ขอเปลี่ยนลำดับของผู้ร่วมเอาประกันภัย (กรณี: บูลำดับผู้เอาประกันภัยใหม่)

ผู้เอาประกันภัยหลัก	ชื่อ - นามสกุล.....
ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับที่ 1	ชื่อ - นามสกุล.....
ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับที่ 2	ชื่อ - นามสกุล.....
ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับที่ 3	ชื่อ - นามสกุล.....
ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับที่ 4	ชื่อ - นามสกุล.....

ผู้ขอเอาประกันภัยหลัก / ผู้เอาประกันภัยหลัก ประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- ☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันชีวิตต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยหลัก / ผู้เอาประกันภัยหลักเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....
- ☐ ไม่มีความประสงค์
- ☐ ผู้เอาประกันภัยหลักขอเพิ่มจำนวนผู้ร่วมขอเอาประกันภัย หรือถอนสิทธิของผู้ร่วมเอาประกันภัยจากกรมธรรม์ (ผู้ร่วมขอเอาประกันภัย ที่เพิ่มเข้ามาใหม่ จะต้องกรอกแบบฟอร์มใบคำขอเอาประกันภัย โปรดแนบสำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาเอกสารทางราชการ แล้วแต่กรณีพร้อมรับรองความถูกต้อง)

ชื่อ - นามสกุล ผู้ร่วมขอเอาประกันภัยที่ต้องการขอเพิ่มสิทธิ	ชื่อ - นามสกุล ผู้ร่วมขอเอาประกันภัยที่ต้องการขอลดสิทธิ
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.

กรณี: บูลำดับผู้ร่วมเอาประกันภัย หลังจากจากการขอเพิ่ม หรือขอลดสิทธิของผู้ร่วมเอาประกันภัยจากกรมธรรม์ข้างต้น

ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับที่ 1	ชื่อ - นามสกุล.....
ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับที่ 2	ชื่อ - นามสกุล.....
ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับที่ 3	ชื่อ - นามสกุล.....
ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับที่ 4	ชื่อ - นามสกุล.....

(กรณีขอลดสิทธิผู้ร่วมเอาประกันภัย / ผู้ร่วมขอเอาประกันภัย ลำดับที่ระบุจะถูกเปลี่ยนตามคำขอ หากไม่ได้ระบุลำดับ ผู้ร่วมเอาประกันภัย / ผู้ร่วมขอเอาประกันภัย ลำดับถัดไปจะถูกเลื่อนลำดับขึ้นมาแทน)

(กรณีเพิ่มสิทธิผู้ร่วมเอาประกันภัย ลำดับที่ระบุจะถูกเปลี่ยนตามคำขอเมื่อผู้ร่วมขอเอาประกันภัย ผ่านการพิจารณารับประกันแล้ว หากไม่ได้ระบุลำดับ บริษัทจะระบุเป็นลำดับสุดท้าย)

หมายเหตุ การขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงผู้เอาประกันภัยจะมีผลสมบูรณ์ต่อเมื่อบริษัทตกลงรับการแก้ไขเปลี่ยนแปลง และจะมีผลบังคับต่อเมื่อบริษัทได้บันทึกการแก้ไขเปลี่ยนแปลงในกรมธรรม์ และออกบันทึกสลิปหลักฐานให้แล้วโดยผู้มีอำนาจทำการแทนบริษัท ทั้งนี้ ผู้เอาประกันภัยหลักมีสิทธิดำเนินการขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงผู้เอาประกันภัยได้ ตามวันที่ครบรอบปีกรมธรรม์นั้น ๆ

1. เปลี่ยนแปลงข้อมูลของผู้อุปการะ / ผู้อุปการะหลัก (โปรดแนบสำเนาบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน หรือเอกสารการเปลี่ยนแปลงของทางราชการ แล้วแต่กรณี พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)				
☐ แก้ไข ชื่อ - นามสกุล..... ☐ แก้ไข วัน / เดือน / ปีเกิด..... ☐ เปลี่ยนที่อยู่ ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน..... ☐ ที่อยู่สถานที่ทำงาน..... ☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน..... สถานที่สะดวกในการติดต่อ ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ ที่อยู่สถานที่ทำงาน ☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....อีเมล.....				
2. เปลี่ยนแปลงลายมือชื่อ (ลายมือชื่อใหม่ของข้าพเจ้าที่ปรากฏต่อไปนี้ เป็นลายมือชื่อที่ใช้ในการติดต่อกับ บริษัทเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันชีวิตข้างต้น)				
☐ ผู้อุปการะหลัก / ผู้อุปการะหลัก		 (ลายมือชื่อเก่า)		 (ลายมือชื่อใหม่)
3. เปลี่ยนแปลงข้อมูลผู้รับประโยชน์จากเดิมเป็น (โปรดแนบสำเนาบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน หรือเอกสารการเปลี่ยนแปลงของทางราชการ แล้วแต่กรณี พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)				
ลำดับ	ชื่อ - นามสกุล	อายุ	ความสัมพันธ์	ร้อยละของผลประโยชน์
1.				
2.				
3.				
4.				
4. เปลี่ยนแปลงแผนความคุ้มครองค่ารักษาพยาบาล ดังต่อไปนี้ (โปรดแนบสำเนาบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง / ในกรณีเพิ่มสัญญาเพิ่มเติมโปรดแนบใบคำขอเอาประกันภัยสำหรับครอบครัวกรณีขอเพิ่มผู้ร่วมเอาประกันภัยรายชื่อของผู้อุปการะหลัก / ผู้อุปการะหลัก)				
☐ เปลี่ยนแผนความคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลจากเดิมเป็น.....				
5. ใช้สิทธิในการยกเลิกกรมธรรม์ประกันชีวิต (โปรดแนบกรมธรรม์ประกันชีวิตต้นฉบับ สำเนาบัตรประชาชน สำเนาสูติบัตรหรือเอกสาร พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)				
☐ ยกเลิกการเอาประกันภัยภายใน 15 วัน นับจากวันที่ได้รับกรมธรรม์ประกันชีวิตจากบริษัท (สำหรับกรมธรรม์ประกันชีวิตที่ขายผ่านช่องทางตัวแทนประกันชีวิตบริษัท / นายหน้าประกันชีวิต / ธนาคาร โปรดระบุเหตุผลที่ทันต่อการยกเลิกกรมธรรม์) ☐ มีกรมธรรม์(บริษัท)อื่นแล้ว ☐ ต้องการลดค่าใช้จ่าย ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ)..... ☐ ไม่พอใจผลประโยชน์ ☐ ไม่ได้รับกรมธรรม์ ☐ ไม่พอใจการบริการของบริษัท ☐ พนักงานขายให้ข้อมูลไม่ถูกต้อง				
6. ขอออกกรมธรรม์ประกันชีวิตฉบับใหม่				
☐ ฉบับที่สูญหาย (โปรดแนบสำเนาบัตรประชาชน บันทึกประจำวันแจ้งความกรมธรรม์ประกันชีวิตหาย พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง) ☐ ฉบับที่ชำรุด (โปรดแนบสำเนาบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง และกรมธรรม์ประกันชีวิตฉบับชำรุด) ช่องทางการรับกรมธรรม์ประกันชีวิต ☐ รับกรมธรรม์ประกันชีวิตแบบอิเล็กทรอนิกส์ (ไม่มีค่าใช้จ่าย) ☐ รับเล่มกรมธรรม์ประกันชีวิตแบบกระดาษ (1) กรณีสูญหายจะมีค่าธรรมเนียม 150 บาท (2) กรณีชำรุด:ไม่มีค่าธรรมเนียม หมายเหตุ กรุณาเลือกเพียงช่องเดียวเท่านั้น กรณีไม่ระบุความประสงค์ข้างต้น หรือระบุไม่ถูกต้อง หรือไม่มีข้อมูลอีเมลที่ให้อีเมลกับบริษัท บริษัทจะจัดส่งไปรษณีย์ตามที่อยู่ปัจจุบัน				
7. เปลี่ยนแปลงอื่น ๆ				

ส่วนที่ 2 สำหรับผู้ร่วมขอเอาประกันภัย / ผู้ร่วมขอเอาประกันภัย

1. เปลี่ยนแปลงข้อมูลของผู้ร่วมขอเอาประกันภัย / ผู้ร่วมเอาประกันภัย
 (โปรดแนบสำเนาบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน หรือเอกสารการเปลี่ยนแปลงของทางราชการ แล้วแต่กรณี พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)

- ☐ แก้ไขชื่อ - นามสกุล และ วัน / เดือน / ปีเกิด
- ☐ ผู้ร่วมขอเอาประกันภัยลำดับที่ 1 / ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับที่ 1
 ชื่อ - นามสกุล.....วัน / เดือน / ปีเกิด.....
- ☐ ผู้ร่วมขอเอาประกันภัยลำดับที่ 2 / ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับที่ 2
 ชื่อ - นามสกุล.....วัน / เดือน / ปีเกิด.....
- ☐ ผู้ร่วมขอเอาประกันภัยลำดับที่ 3 / ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับที่ 3
 ชื่อ - นามสกุล.....วัน / เดือน / ปีเกิด.....
- ☐ ผู้ร่วมขอเอาประกันภัยลำดับที่ 4 / ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับที่ 4
 ชื่อ - นามสกุล.....วัน / เดือน / ปีเกิด.....
- ☐ เปลี่ยนที่อยู่
- ☐ ผู้ร่วมขอเอาประกันภัยลำดับที่ 1 / ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับที่ 1.....
☐ ที่อยู่ปัจจุบัน.....
☐ ที่อยู่สถานที่ทำงาน.....
☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....
- สถานที่สะดวกในการติดต่อ ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ ที่อยู่สถานที่ทำงาน ☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
 หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....อีเมล.....
- ☐ ผู้ร่วมขอเอาประกันภัยลำดับที่ 2 / ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับที่ 2.....
☐ ที่อยู่ปัจจุบัน.....
☐ ที่อยู่สถานที่ทำงาน.....
☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....
- สถานที่สะดวกในการติดต่อ ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ ที่อยู่สถานที่ทำงาน ☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
 หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....อีเมล.....
- ☐ ผู้ร่วมขอเอาประกันภัยลำดับที่ 3 / ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับที่ 3.....
☐ ที่อยู่ปัจจุบัน.....
☐ ที่อยู่สถานที่ทำงาน.....
☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....
- สถานที่สะดวกในการติดต่อ ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ ที่อยู่สถานที่ทำงาน ☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
 หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....อีเมล.....
- ☐ ผู้ร่วมขอเอาประกันภัยลำดับที่ 4 / ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับที่ 4.....
☐ ที่อยู่ปัจจุบัน.....
☐ ที่อยู่สถานที่ทำงาน.....
☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....
- สถานที่สะดวกในการติดต่อ ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ ที่อยู่สถานที่ทำงาน ☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
 หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....อีเมล.....

2. เปลี่ยนแปลงลายมือชื่อ (ลายมือชื่อใหม่ของข้าพเจ้าที่ปรากฏต่อไปนี้ เป็นลายมือชื่อที่ใช้ในการติดต่อกับบริษัทเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันชีวิตข้างต้น)

☐ ผู้ร่วมขอเอาประกันภัยลำดับที่ 1 / ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับที่ 1	 (ลายมือชื่อเก่า)	 (ลายมือชื่อใหม่)
☐ ผู้ร่วมขอเอาประกันภัยลำดับที่ 2 / ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับที่ 2	 (ลายมือชื่อเก่า)	 (ลายมือชื่อใหม่)
☐ ผู้ร่วมขอเอาประกันภัยลำดับที่ 3 / ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับที่ 3	 (ลายมือชื่อเก่า)	 (ลายมือชื่อใหม่)

☐ ผู้ร่วมขอเอาประกันภัยลำดับที่ 4 / ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับที่ 4		 (ลายมือชื่อเก่า)		 (ลายมือชื่อใหม่)	
3. เปลี่ยนแปลงข้อมูลผู้รับประโยชน์จากเดิมเป็น (โปรดแนบสำเนาบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน หรือเอกสารการเปลี่ยนแปลงของทางราชการ แล้วแต่กรณี พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)					
☐ ผู้ร่วมขอเอาประกันภัยลำดับที่ 1 / ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับที่ 1					
ลำดับ	ชื่อ - นามสกุล	อายุ	ความสัมพันธ์	ร้อยละของผลประโยชน์	
1.					
2.					
3.					
4.					
☐ ผู้ร่วมขอเอาประกันภัยลำดับที่ 2 / ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับที่ 2					
ลำดับ	ชื่อ - นามสกุล	อายุ	ความสัมพันธ์	ร้อยละของผลประโยชน์	
1.					
2.					
3.					
4.					
☐ ผู้ร่วมขอเอาประกันภัยลำดับที่ 3 / ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับที่ 3					
ลำดับ	ชื่อ - นามสกุล	อายุ	ความสัมพันธ์	ร้อยละของผลประโยชน์	
1.					
2.					
3.					
4.					
☐ ผู้ร่วมขอเอาประกันภัยลำดับที่ 4 / ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับที่ 4					
ลำดับ	ชื่อ - นามสกุล	อายุ	ความสัมพันธ์	ร้อยละของผลประโยชน์	
1.					
2.					
3.					
4.					
4. เปลี่ยนแปลงอื่น ๆ					
.....					

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การขอเปลี่ยนแปลง แก้ไข รายละเอียดข้อมูลส่วนบุคคลในกรมธรรม์ประกันชีวิตดังกล่าวข้างต้นนี้ ให้ถือเป็นสาระสำคัญส่วนหนึ่งของการเอาประกันภัยตามกรมธรรม์ประกันชีวิตที่ระบุของข้าพเจ้า ทั้งนี้ ความประสงค์ต่าง ๆ ดังกล่าวนี้อาจมีผลสมบูรณ์เมื่อบริษัท เห็นชอบ และ/หรือ อนุมัติแล้วเท่านั้น ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ให้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้อง และข้าพเจ้าเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลหรือเป็นผู้มีอำนาจซึ่งมีชื่อปรากฏในแบบฟอร์มนี้ ข้าพเจ้าเข้าใจว่าบริษัทจำเป็นต้องยืนยันตัวตนของข้าพเจ้าเพื่อป้องกันการใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลโดยมิชอบ และบริษัทอาจจำเป็นต้องติดต่อข้าพเจ้าเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม ข้าพเจ้าเข้าใจด้วยว่าคำขอของข้าพเจ้าจะไม่ได้รับการดำเนินการจนกว่าบริษัทจะได้รับข้อมูลที่จำเป็นทั้งหมดแล้ว และ นอกจากนี้ ข้าพเจ้าเข้าใจว่าบริษัทไม่ได้คิดค่าใช้จ่ายสำหรับคำขอนี้ เว้นแต่หากข้าพเจ้าทำการร้องขออย่างไม่สมเหตุผลหรือเกินสมควร บริษัทอาจเรียกเก็บค่าดำเนินการตามสมควรในการดำเนินการตามคำขอของข้าพเจ้า

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ: ผู้แทนโดยชอบธรรม /

ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ยื่นคำขอ (กรณีผู้ยื่นคำขอยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

(สำหรับกรณีที่ผู้ยื่นคำขอเป็นผู้ร่วมขอเอาประกันภัย / ผู้ร่วมเอาประกันภัยเท่านั้น)