

คำขอแก้ไขเพิ่มเติมสำหรับกรมธรรม์ประกันชีวิตประเภทสามัญ

ชื่อ - นามสกุล ผู้เอาประกันภัย.....

ชื่อ - นามสกุล ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย.....

ข้าพเจ้าในฐานะผู้เอาประกันภัย หรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม หรือ ผู้ใช้อำนาจปกครองของ
ผู้เอาประกันภัย มีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงแก้ไขกรมธรรม์ประกันชีวิตของข้าพเจ้าดังต่อไปนี้

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ใบคำขอเอาประกันภัยเลขที่.....

กรมธรรม์ประกันชีวิตเลขที่.....

1. เปลี่ยนแปลงข้อมูลของผู้เอาประกันภัย

แก้ไขเป็น

☐ ชื่อ - นามสกุล

☐ ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย

☐ เจ้าของกรมธรรม์ประกันภัย /

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ชื่อ.....นามสกุล.....

ชื่อ.....นามสกุล.....

☐ แก้ไข วัน / เดือน / ปีเกิด

☐ แก้ไข สัญชาติ / ความเป็นพลเมือง

.....

.....

☐ เปลี่ยนแปลงการยื่นภาษีสหรัฐอเมริกา

ปัจจุบันคุณยื่นเสียภาษีแก่สหรัฐอเมริกาหรือไม่ ☐ จากยื่นเป็นไม่ยื่น ☐ จากไม่ยื่นเป็นยื่น

ชื่อ.....นามสกุล.....

ชื่อ.....นามสกุล.....

☐ เปลี่ยนที่อยู่

(โปรดระบุที่อยู่ด้านล่างเป็นสถานที่ติดต่อ)

☐ ปัจจุบัน

.....รหัสไปรษณีย์.....

ประเทศ.....หมายเลขโทรศัพท์บ้าน.....หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....

☐ สถานที่ทำงาน

.....รหัสไปรษณีย์.....

ประเทศ.....หมายเลขโทรศัพท์บ้าน.....หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....

☐ ตามทะเบียนบ้าน

.....รหัสไปรษณีย์.....

ประเทศ.....หมายเลขโทรศัพท์บ้าน.....หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....

☐ อีเมล

.....

(โปรดแนบสำเนาบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน หรือเอกสารการเปลี่ยนแปลงของทางราชการ
พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องแล้วแต่กรณี)

2. เปลี่ยนแปลงลายมือชื่อ

ลายมือชื่อใหม่ของข้าพเจ้าที่ปรากฏต่อไปนี้ เป็นลายมือชื่อที่ใช้ในการติดต่อกับบริษัทฯ เกี่ยวกับ
กรมธรรม์ประกันชีวิตข้างต้น

☐ ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย

☐ เจ้าของกรมธรรม์ประกันชีวิต /

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

(ลายมือชื่อเก่า)

(ลายมือชื่อใหม่)

3. เปลี่ยนแปลงข้อมูลผู้รับประโยชน์ ภายใต้กรมธรรม์ประกันชีวิตฉบับนี้ จากเดิมเป็น

ชื่อ - นามสกุล

อายุ

ความ
สัมพันธ์

ร้อยละของ
ผลประโยชน์

(โปรดแนบสำเนาบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน หรือเอกสารการเปลี่ยนแปลงของทางราชการ
พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องแล้วแต่กรณี)

4. เปลี่ยนแปลงวงการค้า: เบี้ยประกันภัยจากเดิมเป็น	แก้ไขเป็น
	☐ รายปี ☐ ราย 6 เดือน ☐ ราย 3 เดือน ☐ รายเดือน (โปรดแนบสำเนาบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
5. เปลี่ยนแปลงความคุ้มครอง ในกรมธรรม์ประกันชีวิตดังต่อไปนี้	☐ เปลี่ยนแบบประกันภัยเป็น.....ระยะเวลาการชำระเบี้ยประกันภัย.....ปี ☐ เพิ่ม ☐ ลด จำนวนเงินเอาประกันภัยเป็น.....บาท ☐ เปลี่ยนแปลงสัญญาเพิ่มเติมดังต่อไปนี้ ☐ ยกเลิก ☐ ลด ☐ เพิ่ม.....เป็น.....บาท ☐ ยกเลิก ☐ ลด ☐ เพิ่ม.....เป็น.....บาท (โปรดแนบสำเนาบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง กรณีเพิ่มสัญญาเพิ่มเติม โปรดแนบค่าตกลงสุขภาพผู้เอาประกันภัย)
6. เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัยเนื่องจากอาชีพ	ยอมรับการเพิ่มเบี้ยประกันภัยเนื่องจากอาชีพ.....บาทต่อพันต่อปี (โปรดแนบสำเนาบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
7. วิธีรับเงินคืนผลประโยชน์ตาม กรมธรรม์ประกันชีวิต	☐ โอนเข้าบัญชีออมทรัพย์เลขที่..... ☐ หักชำระค่าเบี้ยประกันภัย ☐ ฟักสะสมไว้กับบริษัทฯ โดยรับดอกเบี้ยทบต้น (เฉพาะแบบประกันภัยที่มีเงื่อนไขการฟักสะสม)
8. ใช้สิทธิมูลค่ากรมธรรม์ประกันชีวิต	☐ แปลงกรมธรรม์ประกันชีวิตเป็นแบบขยายเวลาความคุ้มครอง (ETI) - คุ้มครองชีวิตด้วยจำนวนเงินเอาประกันภัยเท่าเดิม ในระยะเวลาเท่าเดิมหรือลดลง ☐ แปลงกรมธรรม์ประกันชีวิตเป็นแบบใช้เงินสำเร็จ (RPU) - คุ้มครองชีวิตตามจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง ในระยะเวลาเท่าเดิม
9. ใช้สิทธิกู้เงินตามกรมธรรม์ประกันชีวิต ☐ กู้เฉพาะชำระเบี้ยประกันภัย ☐ กู้เต็มสิทธิตามมูลค่าเงินสด	☐ โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝาก ประเภทออมทรัพย์ ธนาคาร.....สาขา..... บัญชีเลขที่.....ชื่อบัญชี..... (กรุณานำแบบสำเนาสมุดบัญชี) (โปรดแนบสำเนาบัตรประชาชน สำเนาบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
10. ใช้สิทธิในการขอยกเลิก กรมธรรม์ประกันชีวิต	☐ ยกเลิกการขอเอาประกันภัยภายใน 15 วัน นับจากวันที่ได้รับกรมธรรม์ประกันชีวิตจากบริษัทฯ - สำหรับกรมธรรม์ประกันชีวิตที่ขายผ่านช่องทางตัวแทนบริษัทฯ / นายหน้าประกันชีวิต ☐ ยกเลิกการขอเอาประกันภัยภายใน 30 วัน นับจากวันที่ได้รับกรมธรรม์ประกันชีวิตจากบริษัทฯ - สำหรับกรมธรรม์ประกันชีวิตที่ขายผ่านช่องทางโทรศัพท์ โปรดระบุเหตุผลที่ท่านต้องการยกเลิกกรมธรรม์ ☐ มีกรมธรรม์ (บริษัท) อื่นแล้ว ☐ ไม่พอใจผลประโยชน์ ☐ ไม่พอใจการบริการของบริษัท ☐ ต้องการลดค่าใช้จ่าย ☐ ไม่ได้รับกรมธรรม์ ☐ พนักงานขายให้ข้อมูลไม่ถูกต้อง ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ)..... (โปรดแนบกรมธรรม์ประกันชีวิตฉบับต้นฉบับ / หนังสือรับรองการประกันชีวิต สำเนาบัตรประชาชน สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
11. ขอลอกรกรมธรรม์ประกันชีวิตใหม่	☐ ฉบับที่สูญหาย (โปรดแนบสำเนาบัตรประชาชน บันทึกประจำวันแจ้งความกรมธรรม์ประกันชีวิตหาย พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง) ☐ ฉบับที่ชำรุด (โปรดแนบสำเนาบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง และกรมธรรม์ประกันชีวิตฉบับชำรุด)
12. เปลี่ยนแปลงอื่น ๆ	☐ อื่น ๆ ดังนี้.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าสุขภาพของข้าพเจ้าไม่มีการเปลี่ยนแปลง และข้าพเจ้าไม่ได้รับการรักษาโรค การปรึกษา หรือ ตรวจโรคใด ๆ เลย และขอรับรองต่อไปอีกว่าคำตอบทั้งหมดที่ได้ตอบไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยดังกล่าวของข้าพเจ้ายังคงเป็นความจริงตามเดิมทุกประการ โดยให้มีผลบังคับตามวันถึงของกรมธรรม์ประกันชีวิต หรือวันที่บริษัทฯ ได้บันทึกแก้ไขในกรมธรรม์แล้วแต่กรณี

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การขอเปลี่ยนแปลง แก้ไขเพิ่มเติมใด ๆ ในคำขอฉบับนี้ ถือว่าเป็นความจริงทุกประการและให้ถือเป็นสาระสำคัญส่วนหนึ่งของการเอาประกันภัยตามเลขที่กรมธรรม์ที่ปรากฏในหนังสือฉบับนี้ และยอมรับว่าคำร้องขอของข้าพเจ้า จะมีผลสมบูรณ์ก็ต่อเมื่อบริษัทฯ ให้ความเห็นชอบแล้วเท่านั้น

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้เอาประกันภัย หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัย หรือผู้ให้ความยินยอมในฐานะ
บิดา มารดา หรือผู้ปกครองโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย
กรณีผู้เอาประกันภัย เป็นผู้เยาว์หรือผู้รับโอนสิทธิเด็ดขาด

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน / ตัวแทน