

คำร้องขอเปลี่ยนแปลงข้อมูลสมาชิกผู้เอาประกันภัยกลุ่ม

วันที่ _____

กรมธรรม์เลขที่ _____ ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ _____

สมาชิก / ผู้เอาประกันภัย เลขที่ _____ ชื่อสมาชิก / ผู้เอาประกันภัย _____

บัตรประชาชนเลขที่ _____

ส่วนที่ 1 การเปลี่ยนแปลงจำนวนเงินเอาประกันภัย

1. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะขอเปลี่ยนแปลงดังนี้

ขอเปลี่ยนแปลงตำแหน่งงาน จาก _____ เป็น _____

ขอเปลี่ยนแปลงจำนวนเงินเอาประกันภัยโดย เพิ่ม ลด จากเดิม เป็น _____ บาท

ส่วนที่ 2 การเปลี่ยนแปลงข้อมูลอื่นๆ

1. ขอเปลี่ยนแปลง ชื่อ และ/หรือ นามสกุล ของสมาชิก / ผู้เอาประกันภัย จากเดิมเป็น

(โปรดแนบสำเนาหลักฐานการเปลี่ยน ชื่อ และ/หรือ นามสกุล)

2. ขอเปลี่ยนแปลงผู้รับประโยชน์ จากเดิม เป็น

ชื่อ-สกุล	อายุ	ความสัมพันธ์	ที่อยู่
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

3. ขอเปลี่ยนแปลงวันเดือนปีเกิดที่ถูกต้องเป็น วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

(โปรดแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน)

4. ขอเปลี่ยนแปลงข้อมูลอื่นๆ

สมาชิก / ผู้เอาประกันภัย _____ ผู้ปกครอง _____
(_____) (_____ (กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์) _____)

พยาน _____ พยาน _____
(ผู้รับมอบอำนาจลงนามแทนผู้ถือกรมธรรม์) _____
(_____) (_____)

(สำหรับเจ้าหน้าที่ บมจ. อลิอันซ์ อยุธยา ประกันชีวิต)

ปรับปรุงข้อมูลในระบบโดย _____ แล้วเสร็จเมื่อวันที่ _____

หมายเหตุ _____