

3. ชื่อ นามสกุล และ/หรือลายมือชื่อ (พร้อมแนบหลักฐานการเปลี่ยนชื่อและ/หรือนามสกุล ที่ออกจากทางราชการ และสำเนาบัตรประชาชนชื่อ นามสกุลใหม่)

- ผู้เอาประกันภัย จากเดิมเป็น (นาย/นาง/น.ส.)
- ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย จากเดิมเป็น (นาย/นาง/น.ส.)
- ผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์ จากเดิมเป็น (นาย/นาง/น.ส.)
- ลายมือชื่อ ผู้เอาประกันภัย ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ลายมือชื่อเดิม.....ลายมือชื่อใหม่.....

4. ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ชื่อ-นามสกุล นาย/นาง/น.ส..... (อังกฤษ).....

วัน/เดือน/ปีเกิดเกิดที่ประเทศ.....สัญชาติ.....ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย.....

เอกสารประกอบ สำเนาบัตรประชาชน สำเนาหนังสือเดินทาง สำเนาทะเบียนบ้าน
 กรีนการ์ด เอกสารอื่น โปรดระบุ.....

ลายมือชื่อผู้ชำระเบี้ยฯ ท่านเดิม.....ลายมือชื่อผู้ชำระเบี้ยฯ ท่านใหม่.....

กรณาระบุที่อยู่ในการจัดส่งเอกสารของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยท่านใหม่

บ้านเลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่..... ซอย.....

ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทร..... อีเมล.....

5. ผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัย จากเดิมทั้งหมดเป็นตามที่ระบุใหม่ ดังต่อไปนี้

5.1 ชื่อ-นามสกุล นาย/นาง/น.ส..... (อังกฤษ).....

วัน/เดือน/ปีเกิด.....เกิดที่ประเทศ.....สัญชาติ.....

กรณีถือมากกว่า 1 สัญชาติ โปรดระบุ.....ความสัมพันธ์.....

เอกสารประกอบ สำเนาบัตรประชาชน สำเนาหนังสือเดินทาง สำเนาทะเบียนบ้าน
 กรีนการ์ด เอกสารอื่น โปรดระบุ.....

5.2 ชื่อ-นามสกุล นาย/นาง/น.ส..... (อังกฤษ).....

วัน/เดือน/ปีเกิด.....เกิดที่ประเทศ.....สัญชาติ.....

กรณีถือมากกว่า 1 สัญชาติ โปรดระบุ.....ความสัมพันธ์.....

เอกสารประกอบ สำเนาบัตรประชาชน สำเนาหนังสือเดินทาง สำเนาทะเบียนบ้าน
 กรีนการ์ด เอกสารอื่น โปรดระบุ.....

5.3 ชื่อ-นามสกุล นาย/นาง/น.ส..... (อังกฤษ).....

วัน/เดือน/ปีเกิด.....เกิดที่ประเทศ.....สัญชาติ.....

กรณีถือมากกว่า 1 สัญชาติ โปรดระบุ.....ความสัมพันธ์.....

เอกสารประกอบ สำเนาบัตรประชาชน สำเนาหนังสือเดินทาง สำเนาทะเบียนบ้าน
 กรีนการ์ด เอกสารอื่น โปรดระบุ.....

6. ออกกรมธรรม์ใหม่ เนื่องจาก

- สูญหาย (กรุณาแนบบันทึกประจำวันและหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียม 500 บาท)
- ชำรุด (กรุณาแนบกรมธรรม์ฉบับที่ชำรุด)

7. การเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยหลัก (พร้อมแนบหนังสือรับรองสุขภาพ)

- ขอกลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์ประกันภัยแบบย้อนหลัง
- ขอต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัยกรณีที่ขาดผลบังคับโดย ต่ออายุแบบย้อนหลัง ต่ออายุแบบไม่ย้อนหลัง
- ขอเปลี่ยนแปลงแบบประกันภัยจากเดิมเป็นแบบ.....
- ขอเปลี่ยนแปลงจำนวนเงินเอาประกันภัยโดย ลด เพิ่ม จากเดิมเป็นจำนวนเงินเอาประกันภัยใหม่บาท
- ขอยกเลิกเงื่อนไขความไม่คุ้มครอง

8. ขอยกเลิกสัญญาเพิ่มเติมต่าง ๆ

- จำนวนเงินเอาประกันภัย/ความคุ้มครอง.....
- จำนวนเงินเอาประกันภัย/ความคุ้มครอง.....
- จำนวนเงินเอาประกันภัย/ความคุ้มครอง.....
- จำนวนเงินเอาประกันภัย/ความคุ้มครอง.....
- จำนวนเงินเอาประกันภัย/ความคุ้มครอง.....
- จำนวนเงินเอาประกันภัย/ความคุ้มครอง.....

9. ขอซื้อสัญญาเพิ่มเติมต่าง ๆ (พร้อมแนบหนังสือรับรองสุขภาพ)

- จำนวนเงินเอาประกันภัย/ความคุ้มครอง.....
- จำนวนเงินเอาประกันภัย/ความคุ้มครอง.....
- จำนวนเงินเอาประกันภัย/ความคุ้มครอง.....
- จำนวนเงินเอาประกันภัย/ความคุ้มครอง.....
- จำนวนเงินเอาประกันภัย/ความคุ้มครอง.....
- จำนวนเงินเอาประกันภัย/ความคุ้มครอง.....

10. งดการชำระเบี้ยประกันภัย จากเดิมเป็น รายปี ราย 6 เดือน ราย 3 เดือน รายเดือน

11. อาชีพ จากเดิมเป็น.....

12. วิธีขอรับเงินปันผล จากเดิมเป็น

- เงินสด หักชำระเบี้ยประกันภัยที่ครบกำหนดชำระ ผ่ากสะสมไว้กับบริษัทฯ โดยรับดอกเบี้ยทบต้น

13. การใช้สิทธิมูลค่ากรมธรรม์ (พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนา)

- ขอปิดบัญชี แบบขยายเวลาคู่มือครอง (คู่มือครองชีวิตด้วยจำนวนเงินเอาประกันภัยเท่าเดิม ในระยะเวลาเท่าเดิมหรือลดลง)
- ขอปิดบัญชี แบบใช้มูลค่าสำเร็จ (คู่มือครองชีวิตด้วยจำนวนเงินเอาประกันภัยเท่าเดิมหรือลดลง ในระยะเวลาเท่าเดิม)

14. ยกเลิกการหักเบี่ยประกันภัยอัตโนมัติ

ยกเลิกการหักเบี่ยประกันภัยผ่านบัญชีธนาคาร/บัตรเครดิตอัตโนมัติ/บัญชีรายเดือนผู้บริหารตัวแทน

15. การเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ

.....
.....
.....

กรณีที่ต้องปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่าข้อเท็จจริงตามคำร้องฯ ฉบับนี้ตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่างๆ ที่ข้าพเจ้าได้แนบและส่งมอบให้ไว้แก่บริษัท ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจทั้งหมดเป็นอย่างดี และยอมรับว่าถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ นอกจากนี้ในกรณีที่ข้าพเจ้ามีสัญชาติอเมริกันหรือมีสถานที่ติดต่อ หรือถิ่นที่อยู่ หรือที่ทำงาน หรือสถานประกอบการในประเทศสหรัฐอเมริกา หรือมีรายได้ที่มาจากประเทศสหรัฐอเมริกา หรือตกอยู่ภายใต้หลักเกณฑ์ หรือเงื่อนไขที่ต้องเสียภาษีตามกฎหมายสหรัฐอเมริกา หรือ Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ เปิดเผย หรือส่งข้อมูลทั้งหมดไม่ว่าจะเป็นข้อมูลส่วนบุคคลหรือข้อมูลการติดต่อของข้าพเจ้าให้กับหน่วยงานภาครัฐในประเทศ หรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA รวมทั้งให้สิทธิแก่บริษัทดำเนินการตามที่กฎหมาย FATCA กำหนด

ลายมือชื่อ พยาน
()

ลายมือชื่อ
()
ผู้เอาประกันภัย

ลายมือชื่อ พยาน
()

ลายมือชื่อ
()
ผู้ชำระเบี่ยประกันภัยหรือผู้ให้ความยินยอมในฐานะบิดามารดาหรือ
ผู้ปกครองโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย
กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์หรือผู้รับโอนสิทธิ์เด็ดขาด