

คำร้องขอเปลี่ยนแปลงรายละเอียดกรมธรรม์

วันที่...../...../.....

สำหรับ กรมธรรม์สามัญ กรมธรรม์อุบัติเหตุส่วนบุคคล (PA.)

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... ในฐานะผู้เอาประกันภัย / ผู้แทนโดยชอบธรรมของกรมธรรม์		
กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่..... ชื่อผู้เอาประกันภัย(หากดำเนินการเองไม่ต้องกรอก).....		
บัดนี้ ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะขอเปลี่ยนแปลงรายละเอียดในใบคำขอเอาประกันภัย/กรมธรรม์ประกันภัย ดังต่อไปนี้		
<input type="checkbox"/> เปลี่ยนสถานที่ติดต่อ จากเดิมเป็นบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์มือถือ..... โทรศัพท์บ้าน..... E-mail1..... E-mail2.....		
<input type="checkbox"/> เปลี่ยนงวดการชำระเบี้ยประกันภัยเป็น <input type="radio"/> รายปี <input type="radio"/> ราย 6 เดือน <input type="radio"/> ราย 3 เดือน <input type="radio"/> รายเดือน		
<input type="checkbox"/> เปลี่ยนชื่อ และ/หรือชื่อสกุล ผู้เอาประกันภัย จากเดิม เป็น ตามสำเนาหลักฐานที่แนบมา		
<input type="checkbox"/> ขอเปลี่ยนลายมือชื่อ(ลายเซ็น) ของ <input type="checkbox"/> ผู้เอาประกันภัย <input type="checkbox"/> บุคคลอื่นๆ ระบุ..... เพื่อใช้แสดงตนต่อบริษัท <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">ลายมือชื่อ/ลายเซ็น <u>เก่า</u></div> <div style="width: 45%;">ลายมือชื่อ/ลายเซ็น <u>ใหม่</u></div> </div>		
<input type="checkbox"/> เปลี่ยนเป็นกรมธรรม์ใช้เงินสำเร็จ <input type="checkbox"/> เปลี่ยนเป็นการประกันแบบขยายเวลา		<input type="checkbox"/> ขอออกกรมธรรม์ฉบับแทน เนื่องจาก.....
<input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลงผู้รับประโยชน์จากเดิม เป็นดังนี้ (หากมากกว่า 3 คน โปรดระบุเพิ่มเติมด้านล่าง ในช่องอื่นๆ)		
<u>ชื่อ-สกุล</u>	<u>ความสัมพันธ์</u>	<u>ที่อยู่</u>
เปลี่ยนแปลงความคุ้มครอง		
สัญญาเพิ่มเติม/บันทึกสลักหลัง		
วงเงินความคุ้มครอง/แผน		
<input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด <input type="checkbox"/> ยกเลิก <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด <input type="checkbox"/> ยกเลิก <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด <input type="checkbox"/> ยกเลิก <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด <input type="checkbox"/> ยกเลิก		
<input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ		

(กรุณาระบุโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ไว้ที่ด้านล่าง เพื่อประโยชน์ในการติดต่อกลับ และดำเนินการให้ท่านโดยเร็ว)

ลงชื่อ..... พยาน / ตัวแทนผู้ให้บริการ
(.....) รหัสตัวแทน.....

ลงชื่อ..... ผู้เอาประกันภัย
(.....)

ตัวแทนกรูณาระบุโทรศัพท์มือถือ.....
โทรศัพท์บ้าน..... E-mail.....

โทรศัพท์มือถือ.....
โทรศัพท์บ้าน..... E-mail.....

ลงชื่อ..... สมุห์บัญชีสาขา/เจ้าหน้าที่ GA
(.....) วันที่รับเรื่อง.....

ลงชื่อ..... ผู้ชำระเบี้ยประกัน หรือ
(.....) ผู้แทนโดยชอบธรรม

โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวก.....

โทรศัพท์มือถือ..... E-mail.....