

ตัวแทน.....เลขที่ใบอนุญาต...../.....รหัสพนักงาน.....รหัสหน่วยงาน.....สำนักงาน.....

<b>คำขอเปลี่ยนแปลง</b> <input type="checkbox"/> ก่อนออกกรมธรรม์ประกันภัย <input type="checkbox"/> หลังออกกรมธรรม์ประกันภัย	วันที่ตามใบคำขอเอาประกันชีวิต / กรมธรรม์เริ่มมีผลบังคับ ...../...../.....
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------

ใบคำขอเอาประกัน  กรมธรรม์ประกันภัย เลขที่..... วันที่ยื่น...../...../.....  
ชื่อผู้ขอเอาประกันชีวิต / ผู้เอาประกัน.....

- เนื่องจากข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะขอเปลี่ยนแปลง-แก้ไข ในใบคำขอเอาประกันชีวิต / กรมธรรม์ประกันภัย ดังต่อไปนี้
1.  ขอเปลี่ยนแปลงงวด ชำระเบี้ยประกันภัยเดิมจากราย.....เปลี่ยนเป็น  รายปี  ราย 6 เดือน  ราย 3 เดือน  รายเดือน
  2.  ขอเปลี่ยนแปลง  เพิ่ม  ลด จำนวนเงินเอาประกันภัยหลักเป็น.....(กรณีเพิ่ม กรุณากรอกแบบฟอร์มการแถลงสุขภาพ แผ่นที่ 2)
  3.  ขอเปลี่ยนแปลงจำนวนเงินเอาประกันภัยของสัญญาเพิ่มเติม (กรณี เพิ่ม กรุณากรอกแบบฟอร์มการแถลงสุขภาพ แผ่นที่ 2)

รายละเอียดขอเปลี่ยนแปลง	สัญญาเพิ่มเติม	จำนวนเงินเอาประกันภัย
<input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด <input type="checkbox"/> ยกเลิก	สัญญาเพิ่มเติมอุบัติเหตุ เอ ไอ	.....
<input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด <input type="checkbox"/> ยกเลิก	สัญญาเพิ่มเติมอุบัติเหตุ เอ ดี ดี	.....
<input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด <input type="checkbox"/> ยกเลิก	สัญญาเพิ่มเติมอุบัติเหตุ เอ ดี บี	.....
<input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด <input type="checkbox"/> ยกเลิก	บันทึกสลักหลัง อาร์ ซี ซี (เอ ไอ)	.....
<input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด <input type="checkbox"/> ยกเลิก	บันทึกสลักหลัง อาร์ ซี ซี (เอ ดี ดี)	.....
<input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด <input type="checkbox"/> ยกเลิก	สัญญาเพิ่มเติม คับบลิว พี	.....
<input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด <input type="checkbox"/> ยกเลิก	สัญญาเพิ่มเติม พี บี	.....
<input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด <input type="checkbox"/> ยกเลิก	อื่น ๆ.....	.....
<input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด <input type="checkbox"/> ยกเลิก	อื่น ๆ.....	.....

4.  ขอเปลี่ยนแปลงอาชีพ และขอรับการปรับเพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัยเนื่องจากอาชีพ.....
5.  ขอเปลี่ยนชื่อ และ/หรือ ชื่อสกุล ที่ถูกต้องเป็น.....
6.  ขอเปลี่ยนแปลง วัน เดือน ปี เกิดที่ถูกต้องเป็น.....
7.  ขอเปลี่ยนแปลงสถานที่ติดต่อ เป็น ชื่อสถานที่..... เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
8.  ขอเปลี่ยนแปลงการรับเงินที่จ่ายคืนตามกรมธรรม์  ขอรับเงินสด  หักชำระเบี้ยประกันภัย  ช้อกรมธรรม์ประกันภัยเพิ่มแบบใช้เงินสำเร็จ  ผากไว้กับบริษัท โดยมีดอกเบีย
9.  ขอเปลี่ยนแปลงกรมธรรม์  แบบใช้เงินสำเร็จ  ขยายระยะเวลา
10.  ขอเปลี่ยนแปลงลายมือชื่อ.....

11.  ขอเปลี่ยนแปลงผู้รับผลประโยชน์ได้กรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ จากเดิมเป็น (หากมากกว่า 2 คน โปรดระบุเพิ่มเติมในช่องอื่น ๆ)

ชื่อ นามสกุล	อายุ	ความสัมพันธ์	ผลประโยชน์ (%)	ที่อยู่
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

12.  อื่น ๆ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าสุขภาพของข้าพเจ้า ไม่มีการเปลี่ยนแปลงและข้าพเจ้าไม่ได้รับการรักษาโรค การปรึกษา หรือการตรวจโรคแต่อย่างใดเลยตั้งแต่วันที่ยื่น ใบคำขอเอาประกันชีวิตดังกล่าวและขอรับรองต่อไปอีกว่า ด้อยแถลงทั้งหมดของข้าพเจ้าที่ได้เขียนไว้ในใบคำขอเอาประกันชีวิตดังกล่าว รวมทั้งเรื่องราวทั้งหลายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพของข้าพเจ้าด้วยยังคงเป็นความจริงตามเดิมทุกประการ โดยเริ่มมีผลบังคับตามวันที่ของกรมธรรม์ประกันภัย

สถานที่ทำ..... วันที่.....เดือน.....ปี.....  
 ลงชื่อ.....พยานตัวแทน..... ลงชื่อ.....ผู้ขอเอาประกันภัย.....  
 (.....) (.....)  
 ลงชื่อ.....พยาน..... ลงชื่อ.....ความสัมพันธ์.....  
 (.....) (.....) (บิดา/มารดา หรือผู้แทน โดยชอบธรรม) ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์

**หมายเหตุสำหรับคำขอเปลี่ยนแปลงออกกรมธรรม์**  
 1.กรณีขอเปลี่ยนแปลงต่างๆ โปรดกรอกเอกสารที่เป็นทางการ หรือ หลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการขอเปลี่ยนแปลงกรมธรรม์  
 2.หากมีข้อสงสัยประการใด หรือ ต้องการข้อมูลเพิ่มเติมกรุณาติดต่อฝ่ายลูกค้าสัมพันธ์ โทรศัพท์ 02 648 3600 โทรสาร 02 648 3920

**FOR OFFICE USE : UPDATED**  
 BY.....DATE.....

**แบบฟอร์มการแถลงสุขภาพ (Health declaration form)**

กรมธรรม์ประกันภัย เลขที่ ..... ชื่อ – สกุล ผู้เอาประกันภัย.....

1.อาชีพ ตำแหน่ง/ลักษณะงานที่ทำ.....

- 2 ข้อมูลสุขภาพ ที่แถลงตามความเป็นจริง เพื่อให้บริษัทใช้ประกอบการพิจารณาการขอคืนสภาพกรมธรรม์ ส่วนสูง.....ซม. น้ำหนัก.....กก.
- 2.1 ภายใต้อายุ 5 ปีที่ผ่านมาท่านเคยตรวจสุขภาพหรือปรึกษาแพทย์ หรือ ได้รับคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ หรือเข้ารับการผ่าตัด เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลหรือไม่  เคย  ไม่เคย
- 2.2 ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคดังต่อไปนี้หรือไม่ โรคอัมพฤกษ์/โรคอัมพาต โรคปอดหรือปอดอักเสบ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคแผลในทางเดินอาหาร โรคตับ โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคไต โรคเบาหวาน เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ โรคมะเร็ง โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง พิการทางร่างกาย โรคจิต โรคประสาท หรือไม่  เคย  ไม่เคย
- 2.3 ท่านเคยมีหรือกำลังมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง ไอเรื้อรัง ไอเป็นเลือด เหนื่อยง่ายผิดปกติ เจ็บหรือแน่นหน้าอก ปวดท้องเรื้อรัง ท้องเสียเรื้อรัง ปวดข้อเรื้อรัง จ้ำเลือด น้ำหนักลด  เคย  ไม่เคย
- 2.4 ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนผู้สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุกรมธรรม์ จากบริษัทนี้ หรือบริษัทอื่นหรือไม่  เคย  ไม่เคย
- 2.5 ท่านมี หรือเคยมีหรือกำลังขอ ประกันชีวิต ประกันสุขภาพ ประกันอุบัติเหตุ กับบริษัทอื่นใดหรือไม่ ถ้าคำตอบทั้ง 2.1 – 2.3 ตอบว่าเคย โปรดให้รายละเอียดว่าเป็นอะไร เมื่อใด รักษาที่ไหน ผลเป็นอย่างไร รายละเอียดการรักษาปัจจุบันมีภาวะแทรกซ้อนและ หรือมีอาการเป็นอย่างไร ส่วนข้อ 2.4 – 2.5 ระบุว่าบริษัทใด เมื่อใด สาเหตุ และผลหรือสถานะของกรมธรรม์เป็นอย่างไร  เคย  ไม่เคย

**ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย และผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (ถ้ามี) การให้ถ้อยคำการมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม**

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันอื่นๆ หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมี ขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัย ต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้

ทำที่ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ลงชื่อ ..... ผู้ขอเอาประกันภัย  
( ..... )

**สำหรับเจ้าหน้าที่เท่านั้น :**

[ ] อนุมัติ [ ] ไม่อนุมัติ ..... ลายมือชื่อเจ้าหน้าที่ ..... วันที่ .....