



คำขอแก้ไขเพิ่มเติมกรมธรรม์ประกันชีวิตสำหรับครอบครัว

วันที่
 ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่.....
 กรมธรรม์ประกันชีวิตเลขที่

ข้าพเจ้า (กรณาระบุชื่อ-สกุล)
 ในฐานะผู้ขอเอาประกันภัยหลัก / ผู้เอาประกันภัยหลัก หรือ ผู้ร่วมขอเอาประกันภัย/ผู้ร่วมเอาประกันภัย มีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงแก้ไขกรมธรรม์ประกันชีวิต หรือ ใบคำขอเอาประกันชีวิตของข้าพเจ้าดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้ขอเอาประกันภัยหลัก/ผู้เอาประกันภัยหลัก

ผู้เอาประกันภัยหลักขอสงวนสิทธิ์การเป็นผู้เอาประกันภัยหลัก (กรณีนี้ ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับที่ 1 จะมีสถานะเป็นผู้เอาประกันภัยหลัก โดยอัตโนมัติ)

หมายเหตุ กรณีขอสงวนสิทธิ์ตามข้างต้น ผู้เอาประกันภัยหลักจะสิ้นสุดความคุ้มครองตามกรมธรรม์

ผู้เอาประกันภัยหลักขอเปลี่ยนสถานะเป็นผู้ร่วมเอาประกันภัย / ขอเปลี่ยนลำดับของผู้ร่วมเอาประกันภัย (กรณาระบุลำดับผู้เอาประกันภัยใหม่)

ผู้เอาประกันภัยหลัก	ชื่อ-สกุล
ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับที่ 1	ชื่อ-สกุล
ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับที่ 2	ชื่อ-สกุล
ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับที่ 3	ชื่อ-สกุล
ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับที่ 4	ชื่อ-สกุล

ผู้ขอเอาประกันภัยหลัก/ผู้เอาประกันภัยหลัก ประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร หรือไม่

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัท ส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยหลัก/ผู้เอาประกันภัยหลักเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....
- ไม่มีความประสงค์

ผู้เอาประกันภัยหลักขอเพิ่มจำนวนผู้ร่วมเอาประกันภัย หรือถอนสิทธิของผู้ร่วมเอาประกันภัยจากกรมธรรม์ (ผู้ร่วมเอาประกันภัยที่เพิ่มเข้ามาใหม่จะต้องกรอกแบบฟอร์มใบคำขอเอาประกันชีวิต โปรดแนบสำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาทะเบียนบ้านราชการ แล้วแต่กรณี พร้อมรับรองความถูกต้อง)

ชื่อ-สกุล ผู้ร่วมเอาประกันภัยที่ต้องการขอเพิ่มสิทธิ	ชื่อ-สกุล ผู้ร่วมเอาประกันภัยที่ต้องการถอนสิทธิ
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.

กรณาระบุลำดับผู้ร่วมเอาประกันภัยภายหลังจากการขอเพิ่ม หรือขอลถอนสิทธิของผู้ร่วมเอาประกันภัยจากกรมธรรม์ข้างต้น

ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับที่ 1	ชื่อ-สกุล
ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับที่ 2	ชื่อ-สกุล
ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับที่ 3	ชื่อ-สกุล
ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับที่ 4	ชื่อ-สกุล

(กรณีขอลถอนสิทธิผู้ร่วมเอาประกันภัย/ผู้ร่วมเอาประกันภัย ลำดับที่ระบุจะถูกเปลี่ยนตามคำขอ หากไม่ได้ระบุลำดับ ผู้ร่วมเอาประกันภัย/ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับถัดไปจะถูกเลื่อนลำดับขึ้นมาแทน)

(กรณีเพิ่มสิทธิผู้ร่วมเอาประกันภัย ลำดับที่ระบุจะถูกเปลี่ยนตามคำขอเมื่อผู้ร่วมเอาประกันภัย ผ่านการพิจารณารับประกันแล้ว หากไม่ได้ระบุลำดับ บริษัทจะระบุเป็นลำดับสุดท้าย)

หมายเหตุ การขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงผู้เอาประกันภัยจะมีผลสมบูรณ์ต่อเมื่อบริษัทตกลงรับการแก้ไขเปลี่ยนแปลง และจะมีผลบังคับต่อเมื่อบริษัท ได้บันทึกแก้ไขเปลี่ยนแปลงในกรมธรรม์ และออกบันทึกสลักหลังให้แล้วโดยผู้มีอำนาจทำการแทนบริษัท ทั้งนี้ ผู้เอาประกันภัยหลักมีสิทธิดำเนินการขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงผู้เอาประกันภัยได้ ตามวันที่ครบรอบปีกรมธรรม์นั้นๆ

1. เปลี่ยนแปลงข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยหลัก/ผู้เอาประกันภัยหลัก (โปรดแนบสำเนาบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน หรือเอกสารการเปลี่ยนแปลงของทางราชการ แล้วแต่กรณี พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)

- แก้ไขชื่อ - สกุล ชื่อ-สกุล
- แก้ไข วัน เดือน ปีเกิด
- เปลี่ยนที่อยู่
- ที่อยู่ปัจจุบัน
- ที่อยู่สถานที่ทำงาน.....
- ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....
- สถานที่สะดวกในการติดต่อ ที่อยู่ปัจจุบัน ที่อยู่สถานที่ทำงาน ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล

2. เปลี่ยนแปลงลายมือชื่อ (ลายมือชื่อใหม่ของผู้เอาประกันภัยที่ปรากฏต่อไปนี้เป็นลายมือชื่อที่ใช้ในการติดต่อกับบริษัท เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันชีวิตข้างต้น)

<input type="checkbox"/> ผู้ขอเอาประกันภัยหลัก/ผู้เอาประกันภัยหลัก	.....	.....
	(ลายมือชื่อเก่า)	(ลายมือชื่อใหม่)

3. เปลี่ยนแปลงข้อมูลผู้รับประโยชน์จากเดิมเป็น (โปรดแนบสำเนาบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน หรือเอกสารการเปลี่ยนแปลงของทางราชการ แล้วแต่กรณีพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	อายุ	ความสัมพันธ์	ร้อยละของผลประโยชน์
1.				
2.				
3.				
4.				

4. เปลี่ยนแปลงแผนความคุ้มครองค่ารักษาพยาบาล ดังต่อไปนี้ (โปรดแนบสำเนาบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง / ในกรณีเพิ่มสัญญาเพิ่มเติม โปรดแนบใบคำขอเอาประกันชีวิตสำหรับครอบครัวกรณีขอเพิ่มผู้ร่วมขอเอาประกันภัยรายใหม่ของผู้ขอเอาประกันภัยหลัก/ผู้เอาประกันภัยหลัก)

เปลี่ยนแผนความคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลจากเดิมเป็น.....

5. ใช้สิทธิในการขอลดค่าธรรมเนียมประกันชีวิต (โปรดแนบกรมธรรม์ประกันชีวิตต้นฉบับ สำเนาบัตรประชาชน สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)

ขอลดการขอเอาประกันภัยภายใน 15 วัน นับจากวันที่ได้รับกรมธรรม์ประกันชีวิตจากบริษัท (สำหรับกรมธรรม์ประกันชีวิตที่ขายผ่านช่องทางตัวแทนประกันชีวิตบริษัท / นายหน้าประกันชีวิต / ธนาคาร โพรครระบุเหตุผลที่ท่านต้องการขอลดค่าธรรมเนียม) :

มีกรมธรรม์(บริษัท)อื่นแล้ว ไม่พอใจผลประโยชน์ ไม่พอใจการบริการของบริษัท
 ต้องการลดค่าใช้จ่าย ไม่ได้รับกรมธรรม์ พนักงานขายให้ข้อมูลไม่ถูกต้อง
 อื่นๆ (โปรดระบุ)

6. ขอลดค่าธรรมเนียมประกันชีวิตใหม่

ฉบับที่สูญหาย (โปรดแนบสำเนาบัตรประชาชน บันทึกประจำวันแจ้งความกรมธรรม์ประกันชีวิตหาย พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)

ฉบับที่ชำรุด (โปรดแนบสำเนาบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง และกรมธรรม์ประกันชีวิตฉบับชำรุด)

ช่องทางกรรับกรมธรรม์ประกันชีวิต

รับกรมธรรม์ประกันชีวิตแบบอิเล็กทรอนิกส์ (ไม่มีค่าใช้จ่าย)

รับเล่มกรมธรรม์ประกันชีวิตแบบกระดาษ (1) กรณีสูญหายจะมีค่าธรรมเนียม 150 บาท (2) กรณีชำรุด จะไม่มีค่าธรรมเนียม

หมายเหตุ กรุณาเลือกเพียงช่องเดียวเท่านั้น กรณีไม่ระบุความประสงค์ข้างต้น หรือระบุไม่ถูกต้อง หรือไม่มีข้อมูลอีเมลที่ไว้กับบริษัท บริษัทจะจัดส่งไปรษณีย์ตามที่อยู่ปัจจุบัน

7. เปลี่ยนแปลงอื่นๆ

.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ 2 สำหรับผู้ร่วมขอเอาประกันภัย/ผู้ร่วมเอาประกันภัย

1. เปลี่ยนแปลงข้อมูลของผู้ร่วมขอเอาประกันภัย/ผู้ร่วมเอาประกันภัย (โปรดแนบสำเนาบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน หรือเอกสารการเปลี่ยนแปลงของทางราชการ แล้วแต่กรณี พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)

แก้ไขชื่อ - สกุล / วัน เดือน ปีเกิด

<input type="checkbox"/> ผู้ร่วมขอเอาประกันภัยลำดับที่1 /ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับที่ 1	ชื่อ-สกุล	วัน เดือน ปีเกิด
<input type="checkbox"/> ผู้ร่วมขอเอาประกันภัยลำดับที่2 /ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับที่ 2	ชื่อ-สกุล	วัน เดือน ปีเกิด
<input type="checkbox"/> ผู้ร่วมขอเอาประกันภัยลำดับที่3 /ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับที่ 3	ชื่อ-สกุล	วัน เดือน ปีเกิด
<input type="checkbox"/> ผู้ร่วมขอเอาประกันภัยลำดับที่4 /ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับที่ 4	ชื่อ-สกุล	วัน เดือน ปีเกิด

เปลี่ยนที่อยู่

ผู้ร่วมขอเอาประกันภัยลำดับที่1 /ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับที่ 1

ที่อยู่ปัจจุบัน
 ที่อยู่สถานที่ทำงาน
 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

สถานที่สะดวกในการติดต่อ ที่อยู่ปัจจุบัน ที่อยู่สถานที่ทำงาน ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล

ผู้ร่วมขอเอาประกันภัยลำดับที่2 /ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับที่ 2

ที่อยู่ปัจจุบัน
 ที่อยู่สถานที่ทำงาน
 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

สถานที่สะดวกในการติดต่อ ที่อยู่ปัจจุบัน ที่อยู่สถานที่ทำงาน ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล

ผู้ร่วมขอเอาประกันภัยลำดับที่3 /ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับที่ 3

ที่อยู่ปัจจุบัน
 ที่อยู่สถานที่ทำงาน
 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

สถานที่สะดวกในการติดต่อ ที่อยู่ปัจจุบัน ที่อยู่สถานที่ทำงาน ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล

ผู้ร่วมขอเอาประกันภัยลำดับที่4 /ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับที่ 4

ที่อยู่ปัจจุบัน
 ที่อยู่สถานที่ทำงาน
 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

สถานที่สะดวกในการติดต่อ ที่อยู่ปัจจุบัน ที่อยู่สถานที่ทำงาน ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล

2. เปลี่ยนแปลงลายมือชื่อ (ลายมือชื่อใหม่ของผู้เข้าแข่งขันที่ปรากฏต่อไปนี้ เป็นลายมือชื่อที่ใช้ในการติดต่อกับบริษัท เกี่ยวกับกรรมสิทธิ์ประกันชีวิตข้างต้น)

<input type="checkbox"/> ผู้ร่วมขอเอาประกันภัยลำดับที่ 1 / ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับที่ 1	..... (ลายมือชื่อเก่า)	..... (ลายมือชื่อใหม่)
<input type="checkbox"/> ผู้ร่วมขอเอาประกันภัยลำดับที่ 2 / ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับที่ 2	..... (ลายมือชื่อเก่า)	..... (ลายมือชื่อใหม่)
<input type="checkbox"/> ผู้ร่วมขอเอาประกันภัยลำดับที่ 3 / ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับที่ 3	..... (ลายมือชื่อเก่า)	..... (ลายมือชื่อใหม่)
<input type="checkbox"/> ผู้ร่วมขอเอาประกันภัยลำดับที่ 4 / ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับที่ 4	..... (ลายมือชื่อเก่า)	..... (ลายมือชื่อใหม่)

3. เปลี่ยนแปลงข้อมูลผู้รับประโยชน์จากเดิมเป็น (โปรดแนบสำเนาบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน หรือเอกสารการเปลี่ยนแปลงของทางราชการ แล้วแต่กรณี พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)

<input type="checkbox"/> ผู้ร่วมขอเอาประกันภัยลำดับที่ 1 / ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับที่ 1	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ลำดับ</th> <th>ชื่อ - สกุล</th> <th>อายุ</th> <th>ความสัมพันธ์</th> <th>รายละเอียดของผลประโยชน์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1.</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2.</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3.</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4.</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>					ลำดับ	ชื่อ - สกุล	อายุ	ความสัมพันธ์	รายละเอียดของผลประโยชน์	1.					2.					3.					4.				
ลำดับ	ชื่อ - สกุล	อายุ	ความสัมพันธ์	รายละเอียดของผลประโยชน์																										
1.																														
2.																														
3.																														
4.																														
<input type="checkbox"/> ผู้ร่วมขอเอาประกันภัยลำดับที่ 2 / ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับที่ 2	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ลำดับ</th> <th>ชื่อ - สกุล</th> <th>อายุ</th> <th>ความสัมพันธ์</th> <th>รายละเอียดของผลประโยชน์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1.</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2.</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3.</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4.</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>					ลำดับ	ชื่อ - สกุล	อายุ	ความสัมพันธ์	รายละเอียดของผลประโยชน์	1.					2.					3.					4.				
ลำดับ	ชื่อ - สกุล	อายุ	ความสัมพันธ์	รายละเอียดของผลประโยชน์																										
1.																														
2.																														
3.																														
4.																														
<input type="checkbox"/> ผู้ร่วมขอเอาประกันภัยลำดับที่ 3 / ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับที่ 3	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ลำดับ</th> <th>ชื่อ - สกุล</th> <th>อายุ</th> <th>ความสัมพันธ์</th> <th>รายละเอียดของผลประโยชน์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1.</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2.</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3.</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4.</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>					ลำดับ	ชื่อ - สกุล	อายุ	ความสัมพันธ์	รายละเอียดของผลประโยชน์	1.					2.					3.					4.				
ลำดับ	ชื่อ - สกุล	อายุ	ความสัมพันธ์	รายละเอียดของผลประโยชน์																										
1.																														
2.																														
3.																														
4.																														
<input type="checkbox"/> ผู้ร่วมขอเอาประกันภัยลำดับที่ 4 / ผู้ร่วมเอาประกันภัยลำดับที่ 4	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ลำดับ</th> <th>ชื่อ - สกุล</th> <th>อายุ</th> <th>ความสัมพันธ์</th> <th>รายละเอียดของผลประโยชน์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1.</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2.</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3.</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4.</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>					ลำดับ	ชื่อ - สกุล	อายุ	ความสัมพันธ์	รายละเอียดของผลประโยชน์	1.					2.					3.					4.				
ลำดับ	ชื่อ - สกุล	อายุ	ความสัมพันธ์	รายละเอียดของผลประโยชน์																										
1.																														
2.																														
3.																														
4.																														

4. เปลี่ยนแปลงอื่นๆ

.....

สำคัญ
 • บริษัทไม่มีความประสงค์ที่จะเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล “หมู่เลือด” และ “ศาสนา” ที่อยู่บนบัตรประจำตัวประชาชนจากท่าน ขอให้ท่านปิดข้อมูล “หมู่เลือด” และ “ศาสนา” เพื่อให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การขอเปลี่ยนแปลง แก้ไข รายละเอียดข้อมูลส่วนบุคคลในกรมธรรม์ประกันชีวิตดังกล่าวข้างต้นนี้ ให้ถือเป็นสาระสำคัญส่วนหนึ่งของการเอาประกันภัยตามกรมธรรม์ประกันชีวิตที่ระบุของข้าพเจ้า ทั้งนี้ ความประสงค์ต่างๆ ดังกล่าวนี้จะมีผลสมบูรณ์เมื่อบริษัท เห็นชอบ และ/หรือ อนุมัติแล้วเท่านั้นข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ให้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้อง และข้าพเจ้าเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลหรือเป็นผู้มีอำนาจซึ่งมีชื่อปรากฏในแบบฟอร์มนี้ ข้าพเจ้าเข้าใจว่าบริษัทจำเป็นต้องยืนยันตัวตนของข้าพเจ้าเพื่อป้องกันการใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลโดยมิชอบ และบริษัทอาจจำเป็นต้องติดต่อข้าพเจ้าเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม ข้าพเจ้าเข้าใจด้วยว่าคำขอของข้าพเจ้าจะไม่ได้รับการดำเนินการจนกว่าบริษัทจะได้รับข้อมูลที่จำเป็นทั้งหมดแล้ว และ นอกจากนี้ ข้าพเจ้าเข้าใจว่าบริษัทไม่ได้คิดค่าใช้จ่ายสำหรับคำขอนี้ เว้นแต่หากข้าพเจ้าทำการร้องขออย่างไม่สมเหตุผลหรือเกินสมควร บริษัทอาจเรียกเก็บค่าดำเนินการตามสมควรในการดำเนินการตามคำขอของข้าพเจ้า

(ลงชื่อ) (ลงชื่อ)
 (.....) (.....)
 ผู้ยื่นคำขอ ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ
 ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ยื่นคำขอ
 (กรณีผู้ยื่นคำขอยังไม่บรรลุนิติภาวะ)
 (สำหรับกรณีที่ผู้ยื่นคำขอเป็นผู้ร่วมขอเอาประกันภัย/ผู้ร่วมเอาประกันภัยท่านนั้น)