



คำขอแก้ไขเพิ่มเติม

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ใบคำขอเอาประกันภัยเลขที่.....

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....

ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย.....
 ชื่อ-สกุล ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย.....
 ข้าพเจ้าในฐานะผู้เอาประกันภัย หรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม หรือ ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เอาประกันภัย มีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงแก้ไขกรมธรรม์ประกันภัยของข้าพเจ้าดังต่อไปนี้

| 1. เปลี่ยนแปลงข้อมูลของผู้เอาประกันภัย | แก้ไขเป็น | | | | | | |
|--|--|------|--------------|---------------------|------------------|------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> ชื่อ - นามสกุล <input type="checkbox"/> ผู้ขอเอาประกันภัย/ ผู้เอาประกันภัย <input type="checkbox"/> เจ้าของกรมธรรม์ประกันภัย/ ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย <input type="checkbox"/> แก้ไข วัน เดือน ปีเกิด <input type="checkbox"/> แก้ไข สัญชาติ/ความเป็นพลเมือง <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลงการยื่นภาษี สหรัฐอเมริกา <input type="checkbox"/> เปลี่ยนที่อยู่ <input type="checkbox"/> ปัจจุบัน <input type="checkbox"/> สถานที่ทำงาน <input type="checkbox"/> ตามทะเบียนบ้าน <input type="checkbox"/> อีเมล | ทั่วไป ชื่อ.....นามสกุล..... ชื่อ.....นามสกุล..... ปัจจุบันคุณยื่นเสียภาษีแก่สหรัฐอเมริกาหรือไม่ <input type="checkbox"/> จากยื่นเป็นไม่ยื่น <input type="checkbox"/> จากไม่ยื่นเป็นยื่น (โปรดระบุที่อยู่ในด้านล่างเป็นสถานที่ติดต่อ <input type="checkbox"/> ที่อยู่ปัจจุบัน <input type="checkbox"/> ที่อยู่สถานที่ทำงาน <input type="checkbox"/> ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน) รหัสไปรษณีย์.....ประเทศ.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ..... รหัสไปรษณีย์.....ประเทศ.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรศัพท์มือถือ..... รหัสไปรษณีย์.....ประเทศ.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ..... (โปรดแนบสำเนาบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน หรือเอกสารการเปลี่ยนแปลงของทางราชการ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องแล้วแต่กรณี) | | | | | | |
| 2. เปลี่ยนแปลงลายมือชื่อ <input type="checkbox"/> ผู้ขอเอาประกันภัย/ ผู้เอาประกันภัย <input type="checkbox"/> เจ้าของกรมธรรม์ประกันภัย/ ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย | ลายมือชื่อใหม่ของข้าพเจ้าที่ปรากฏต่อไปนี้ เป็นลายมือชื่อที่ใช้ในการติดต่อกับบริษัทฯ เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยข้างต้น <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">(ลายมือชื่อเก่า)</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">(ลายมือชื่อใหม่)</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">(ลายมือชื่อเก่า)</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">(ลายมือชื่อใหม่)</td> </tr> </table> | | | (ลายมือชื่อเก่า) | (ลายมือชื่อใหม่) | (ลายมือชื่อเก่า) | (ลายมือชื่อใหม่) |
| (ลายมือชื่อเก่า) | (ลายมือชื่อใหม่) | | | | | | |
| (ลายมือชื่อเก่า) | (ลายมือชื่อใหม่) | | | | | | |
| 3. เปลี่ยนแปลงข้อมูลผู้รับประโยชน์ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ จากเดิมเป็น | ชื่อ-นามสกุล | อายุ | ความสัมพันธ์ | ร้อยละของผลประโยชน์ | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| (โปรดแนบสำเนาบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน หรือเอกสารการเปลี่ยนแปลงของทางราชการ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องแล้วแต่กรณี) | | | | | | | |
| 4. เปลี่ยนแปลง วงการชำระเบี้ยประกันภัยจากเดิมเป็น | <input type="checkbox"/> รายปี <input type="checkbox"/> ราย 6 เดือน <input type="checkbox"/> ราย 3 เดือน <input type="checkbox"/> รายเดือน (โปรดแนบสำเนาบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง) | | | | | | |

| | |
|--|---|
| <p>5. เปลี่ยนแปลงความคุ้มครองในกรมธรรม์ประกันภัย ดังต่อไปนี้</p> | <p><input type="checkbox"/> เปลี่ยนแบบประกันภัยเป็น.....ระยะเวลาการชำระเบี้ยประกันภัย.....ปี</p> <p><input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด จำนวนเงินเอาประกันภัยเป็น.....บาท</p> <p><input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลงสัญญาเพิ่มเติมดังต่อไปนี้</p> <p><input type="checkbox"/> ยกเลิก <input type="checkbox"/> ลด <input type="checkbox"/> เพิ่ม.....เป็น.....บาท</p> <p><input type="checkbox"/> ยกเลิก <input type="checkbox"/> ลด <input type="checkbox"/> เพิ่ม.....เป็น.....บาท</p> <p><input type="checkbox"/> ยกเลิก <input type="checkbox"/> ลด <input type="checkbox"/> เพิ่ม.....เป็น.....บาท</p> <p>(โปรดแนบสำเนาบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง กรณีเพิ่มสัญญาเพิ่มเติม โปรดแนบค่าแถลงสุขภาพผู้เอาประกันภัย)</p> |
| <p>6. เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัยเนื่องจากอาชีพ</p> | <p>ยอมรับการเพิ่มเบี้ยประกันภัยเนื่องจากอาชีพ.....บาทต่อพันต่อปี</p> <p>(โปรดแนบสำเนาบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)</p> |
| <p>7. วิธีรับเงินคืนผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัย</p> | <p><input type="checkbox"/> เช็ค <input type="checkbox"/> โอนเข้าบัญชีออมทรัพย์เลขที่.....-.....-.....</p> <p><input type="checkbox"/> หักเบี้ยประกันภัย <input type="checkbox"/> ผากสะสมไว้กับบริษัทฯ โดยรับดอกเบี้ยทบต้น (เฉพาะแบบประกันภัยที่มีเงื่อนไขการฝากสะสม)</p> <p>(โปรดแนบสำเนาบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง กรณีรับเงินคืนผ่านบัญชีธนาคาร โปรดแนบสำเนาสมุดบัญชี)</p> |
| <p>8. ใช้สิทธิมูลค่ากรมธรรม์ประกันภัย</p> | <p><input type="checkbox"/> แปลงกรมธรรม์ประกันภัยเป็นแบบขยายเวลาความคุ้มครอง (ETI) - คุ้มครองชีวิตด้วยจำนวนเงินเอาประกันภัยเท่าเดิม ในระยะเวลาเท่าเดิมหรือลดลง</p> <p><input type="checkbox"/> แปลงกรมธรรม์ประกันภัยเป็นแบบใช้เงินสำเร็จ (PU) - คุ้มครองชีวิตตามจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง ในระยะเวลาเท่าเดิม</p> <p>(โปรดแนบกรมธรรม์ต้นฉบับ สำเนาบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)</p> |
| <p>9. ใช้สิทธิกู้เงินตามกรมธรรม์ประกันภัย</p> <p><input type="checkbox"/> กู้เฉพาะชำระเบี้ยประกันภัย</p> <p><input type="checkbox"/> กู้เต็มสิทธิตามมูลค่าเงินสด</p> | <p><input type="checkbox"/> โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝาก ประเภทออมทรัพย์ ธนาคาร.....สาขา.....บัญชีเลขที่.....-.....-.....</p> <p>ชื่อบัญชี..... (กรุณานแนบสำเนาสมุดบัญชี)</p> <p><input type="checkbox"/> เช็ค (กรุณาระบุสถานที่ใช้จัดส่งเอกสาร) ที่อยู่ปัจจุบัน..... โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....</p> <p>(โปรดแนบกรมธรรม์ต้นฉบับ สัญญากู้เงินฯ สำเนาบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)</p> |
| <p>10. ใช้สิทธิในการขอยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย</p> | <p><input type="checkbox"/> ยกเลิกการขอเอาประกันภัยรายสามัญ (ภายใน 15 วัน นับจากวันที่ได้รับกรมธรรม์ประกันภัยจากบริษัทฯ)</p> <p><input type="checkbox"/> ยกเลิกการขอเอาประกันภัยกลุ่มคุ้มครองสินเชื่อ (ภายใน 30 วัน นับจากวันที่ได้รับกรมธรรม์ประกันภัยจากบริษัทฯ)</p> <p><input type="checkbox"/> ยกเลิกการขอเอาประกันภัย/กรมธรรม์ กลุ่มคุ้มครองสินเชื่อ และขอให้บริษัทฯ ดำเนินการคืนเงินค่าเบี้ยประกันภัยทั้งหมดของข้าพเจ้า ให้แก่ธนาคารธนชาติ จำกัด (มหาชน) ในฐานะเจ้าหนี้เงินกู้ของข้าพเจ้าตามสัญญาเช่าซื้อรถยนต์ฉบับเลขที่.....</p> <p>(โปรดแนบกรมธรรม์ประกันภัยต้นฉบับ / หนังสือรับรองการประกันชีวิต สำเนาบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)</p> |
| <p>11. ขอออกกรมธรรม์ประกันภัยใหม่</p> | <p><input type="checkbox"/> ฉบับที่สูงกว่า (โปรดแนบสำเนาบัตรประชาชน บันทึกประจำวันแจ้งความกรมธรรม์ประกันภัยหาย ค่าธรรมเนียม 170 บาท พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)</p> <p><input type="checkbox"/> ฉบับที่ต่ำสุด (โปรดแนบสำเนาบัตรประชาชน กรมธรรม์ประกันภัยฉบับชำรุด พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)</p> |
| <p>12. เปลี่ยนแปลงอื่นๆ</p> | <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ ดังนี้.....</p> <p>.....</p> |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าสุขภาพของข้าพเจ้าไม่มีการเปลี่ยนแปลง และข้าพเจ้าไม่ได้รับการรักษาโรค การปรึกษา หรือ ตรวจโรคใดๆ เลย และขอรับรองต่อไปอีกว่าคำตอบทั้งหมดที่ได้ตอบไว้ในใบเอาประกันภัยดังกล่าว รวมถึงอาชีพ และการยื่นเสียภาษีแก่สหรัฐอเมริกาของข้าพเจ้ายังคงเป็นความจริงตามเดิมทุกประการ โดยให้มีผลบังคับตามวันที่ของกรมธรรม์ประกันภัย

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การขอเปลี่ยนแปลง แก้ไข หรือขอใช้สิทธิตามกรมธรรม์ประกันภัยดังกล่าวข้างต้นนี้ ให้ถือเป็นสาระสำคัญส่วนหนึ่งของการเอาประกันภัยตามกรมธรรม์ประกันภัยที่ระบุของข้าพเจ้า ทั้งนี้ ความประสงค์ต่างๆ ดังกล่าวนี้จะมีผลสมบูรณ์เมื่อบริษัทฯ เห็นชอบ และ/หรือ อนุมัติแล้วเท่านั้น

ลายมือชื่อ..... (พยาน)
()

ลายมือชื่อ.....
()

ลายมือชื่อ..... (พยาน / ตัวแทน)
()

ผู้เอาประกันภัย หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัย หรือผู้ให้ความยินยอมในฐานะบิดา มารดา หรือผู้ปกครองโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย
กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์หรือผู้รับโอนสิทธิ์เด็ดขาด