

คำร้องขอเปลี่ยนแปลงกรมธรรม์

วันที่...../...../.....

ข้าพเจ้า.....เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

ผู้ถือกรมธรรม์เลขที่.....ของ บริษัท ทีไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ขอให้มีการเปลี่ยนแปลงรายละเอียดของกรมธรรม์ประกันภัยข้างต้นดังนี้ซึ่งเป็นที่เข้าใจและตกลงว่าสำเนาคำร้องฉบับนี้จะแนบติดและถือเป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์ประกันภัยดังกล่าว

<p>กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> สำหรับเอกสารที่ใช้ประกอบ (โปรดส่งเอกสารให้ครบถ้วนเพื่อความรวดเร็วในการเปลี่ยนแปลง)</p>	
<input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลงงวดการชำระเบี้ยประกันภัย	จากเดิม เป็นราย (<input type="checkbox"/> 1 เดือน <input type="checkbox"/> 3 เดือน <input type="checkbox"/> 6 เดือน <input type="checkbox"/> รายปี)
<input type="checkbox"/> เปลี่ยนชื่อ, นามสกุล ผู้เอาประกันภัย	(<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้าน <input type="checkbox"/> สำเนาการเปลี่ยนชื่อ, นามสกุล)
<input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลงผู้รับผลประโยชน์	(<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน ผู้เอาประกันและผู้รับผลประโยชน์ใหม่) (<input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านผู้เอาประกันและผู้รับผลประโยชน์ใหม่)
* กรุณาระบุรายละเอียดการเปลี่ยนแปลง เพิ่มหรือยกเลิก และรายละเอียดความสัมพันธ์ ให้ชัดเจน *	
<input type="checkbox"/> เปลี่ยนเลขที่บัญชีชำระเบี้ยและรับผลประโยชน์	(<input type="checkbox"/> หนังสือแจ้งความจำนงชำระเบี้ย <input type="checkbox"/> สำเนาหน้าสมุดเงินฝาก <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน)
<input type="checkbox"/> เปลี่ยนเลขที่บัญชีรับผลประโยชน์ตามกรมธรรม์	(<input type="checkbox"/> หนังสือแจ้งความจำนงรับผลประโยชน์ <input type="checkbox"/> สำเนาหน้าสมุดเงินฝาก <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน)
<input type="checkbox"/> เปลี่ยนเลขที่บัตรเครดิต	(<input type="checkbox"/> หนังสือการชำระเบี้ยผ่านบัตรเครดิต <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรเครดิต <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน)
<input type="checkbox"/> เพิ่มทุนประกันภัย	(<input type="checkbox"/> กรมธรรม์ <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน <input type="checkbox"/> ใบตรวจสุขภาพ กรณีต้องตรวจสุขภาพ)
<input type="checkbox"/> ลดทุนประกันภัยหรือยกเลิกสัญญาเพิ่มเติม	(<input type="checkbox"/> กรมธรรม์ <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน)
<input type="checkbox"/> เพิ่มสัญญาเพิ่มเติม	ระบุ..... (<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน <input type="checkbox"/> หนังสือรับรองสุขภาพ)
<input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลงสถานที่ของ	ระบุ..... (<input type="checkbox"/> ที่ติดต่อ <input type="checkbox"/> ที่อยู่ปัจจุบัน <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน).....
<input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลงอื่นๆ (<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน).....
รายละเอียดเพิ่มเติม	
.....	

ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย
(.....) (ชื่อเดิม)

ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย
(.....) (ชื่อใหม่)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ ผู้ชำระเบี้ย/กรณีผู้เยาว์
(.....)