



บริษัท เอไอเอ จำกัด

เอไอเอ ทาวเวอร์ 181 ถนนสุรวงศ์ บางรัก กรุงเทพฯ 10500

โทรศัพท์ (66) 2634 8888 โทรสาร (66) 2783 4818

aia.co.th AIA Call Center 1581

ใบคำขอต่ออายุหรือเปลี่ยนแปลงกรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล กรมธรรม์เลขที่ \_\_\_\_\_

**TIPS** | ต่ออายุ PA ไม่ต้องส่งฟอร์ม!  
แค่ชำระเบี้ยเข้ามาก็ต่อให้ทันที

ชื่อผู้เอาประกันภัย \_\_\_\_\_

โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ ขอแจ้งให้บริษัทฯ ดำเนินการสำหรับเลขที่กรมธรรม์ข้างต้น ดังนี้

1.  ขอต่ออายุกรมธรรม์เลขที่ข้างต้น ตามแผนประกันภัยเหมือนเดิม (กรณีต้องการเปลี่ยนแผนประกันภัย โปรดระบุที่ข้อ 4)

2.  เปลี่ยนแปลงอาชีพ จากเดิมเป็น \_\_\_\_\_ ตำแหน่ง \_\_\_\_\_ ลักษณะงาน \_\_\_\_\_  
ที่ทำงาน : ชื่อและที่อยู่ \_\_\_\_\_

3.  เปลี่ยนแปลงสถานที่ติดต่อ จากเดิมเป็น \_\_\_\_\_

4.  เปลี่ยนแปลงแผนประกันภัย จากเดิมเป็น \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

กรณีแผนประกันภัยที่ขอเปลี่ยนมีจำนวนเงินเอาประกันภัยสูงกว่า 1 ล้านบาท โปรดส่งใบคำขอเอาประกันภัย ที่ได้ระบุหมายเลขกรมธรรม์เดิม และกรอกรายละเอียดมาพร้อมกับใบเปลี่ยนแปลงนี้ด้วย

สำหรับ ข้อ 5 - 8 โปรดแนบสำเนาเอกสารประกอบการพิจารณา

5.  เปลี่ยน วันเดือนปี เกิด ของผู้เอาประกันภัย ที่ถูกต้องคือ วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

6.  เปลี่ยนแปลง ชื่อ และ / หรือ ชื่อสกุลของผู้เอาประกันภัยจากเดิมเป็น  
ชื่อ \_\_\_\_\_ นามสกุล \_\_\_\_\_

7.  เปลี่ยนแปลงผู้รับประโยชน์ภายใต้กรมธรรม์เลขที่ข้างต้น จากเดิม เป็น ดังนี้  
ผู้รับผลประโยชน์ ชื่อ นามสกุล อายุ ความสัมพันธ์  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**หมายเหตุ** กรณีผู้รับผลประโยชน์มิใช่บิดา/มารดา/คู่สมรส/บุตร และนามสกุลของผู้รับประโยชน์แตกต่างจากผู้เอาประกันภัย โปรดแนบหลักฐาน แสดงความสัมพันธ์ของผู้เอาประกันภัยและผู้รับประโยชน์

8.  เปลี่ยนแปลงลายมือชื่อ  ขอมีลายมือชื่อ (กรณีผู้เยาว์ ได้บรรลุนิติภาวะแล้ว)

ลายมือชื่อที่เคยให้ไว้ \_\_\_\_\_ ลายมือชื่อที่ใหม่ \_\_\_\_\_

9. เปลี่ยนแปลงอื่นๆ โปรดระบุ \_\_\_\_\_

ขอรับรองว่า คำแถลงที่ได้ให้ไว้ข้างต้น เป็นความจริง

ลงชื่อ \_\_\_\_\_  
ผู้เอาประกันภัย

ลงชื่อ \_\_\_\_\_  
ผู้ใช้อำนาจปกครอง หรือผู้แทนโดยชอบธรรม

วันที่ \_\_\_\_\_

ผู้ใช้อำนาจปกครอง หรือผู้แทนโดยชอบธรรม

โปรดระบุ เอกสารแนบประกอบการแจ้งเปลี่ยนแปลงข้อ 5-8 หมายเหตุการเปลี่ยนแปลงไม่ต้องส่งคืนกรมธรรม์และบัตรสิทธิพิเศษ Care Card

			ของผู้เอาประกันภัย	ของผู้รับประโยชน์	
<input type="checkbox"/>	สำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ	<input type="checkbox"/>	ใบสุทธิพระภิกษุ มีเลขที่บัตรประชาชน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	สำเนาทะเบียนบ้าน	<input type="checkbox"/>	สูติบัตร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ใบคำขอประกันภัย กรณีจำนวนเงินเอาประกันภัยสูงกว่า 1 ล้าน	<input type="checkbox"/>	อื่นๆ _____		

