



บริษัท เอไอเอ จำกัด

เอไอเอ ทาวเวอร์ 181 ถนนสุรวงศ์ บางรัก กรุงเทพฯ 10500

โทรศัพท์ (0) 2634 8888 โทรสาร (0) 2236 6452

AIA Call Center 1581

aia.co.th

ตัวแทน.....รหัส.....

หน่วย.....รหัส.....

อาคาร.....มือถือ.....

คำขอเปลี่ยนแปลง แบบ 1 (ข้อมูลทั่วไป)

ก่อนออกกรมธรรม์ประกันภัย หลังออกกรมธรรม์ประกันภัย

ใบคำขอเอาประกันชีวิต / กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่

ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย

เลขประจำตัวประชาชน ---

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะขอเปลี่ยนแปลงรายละเอียดในใบคำขอเอาประกันชีวิต / กรมธรรม์ประกันภัย ดังต่อไปนี้

- ขอเปลี่ยนวิธีการชำระเบี้ยประกันภัย จากเดิม เป็น รายปี รายหกเดือน รายสามเดือน รายเดือน
- ขอเปลี่ยนสถานที่ติดต่อจากเดิม เป็น
บ้านเลขที่.....หมู่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....ต.รอก/ซอย.....
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์มือถือ.....โทรศัพท์บ้าน.....อีเมล.....
ให้ใช้สถานที่ติดต่อข้างต้นกับกรมธรรม์ดังต่อไปนี้ด้วย.....
- ขอเปลี่ยน ชื่อ และ / หรือ ชื่อสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย
เป็นชื่อ.....ชื่อสกุล.....
- ขอเปลี่ยน ชื่อ และ / หรือ ชื่อสกุลของเจ้าของกรมธรรม์ประกันภัย / ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
เป็นชื่อ.....ชื่อสกุล.....
- ขอเปลี่ยนลายมือชื่อ ขอแจ้งลายมือชื่อ (กรณีการบรรลุนิติภาวะของผู้เยาว์)
โดยให้ลายมือชื่อใหม่ของข้าพเจ้าที่ปรากฏต่อไปนี้ เป็นลายมือชื่อที่ใช้ในการติดต่อกับบริษัท เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยข้างต้น
.....
(ลายมือชื่อเก่า) (ลายมือชื่อใหม่)
- ขอเปลี่ยนผู้รับผลประโยชน์ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ จากเดิม เป็น
ชื่อ / ชื่อสกุล.....อายุ.....ความสัมพันธ์.....
- ขอเปลี่ยนแปลงแบบประกันภัย เป็น แบบขยายระยะเวลา (ETI) โดยไม่มีส่วนร่วมในเงินปันผล
- ขอเปลี่ยนแปลงแบบประกันภัย เป็น แบบใช้เงินสำเร็จ (RPU) โดยไม่มีส่วนร่วมในเงินปันผล
- เปลี่ยนแปลงอื่นๆ โปรดระบุ

สำหรับคำขอเปลี่ยนแปลงก่อนออกกรมธรรม์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าสุขภาพของข้าพเจ้า ไม่มีการเปลี่ยนแปลง และข้าพเจ้าไม่ได้รับการรักษาโรค การปรึกษาหรือการตรวจโรคแต่อย่างใดเลยตั้งแต่วันที่ยื่นใบคำขอเอาประกันชีวิตดังกล่าวและขอรับรองต่อไปอีกว่าคำตอบทั้งหมดของข้าพเจ้าที่ได้เขียนไว้ในใบคำขอเอาประกันชีวิตดังกล่าวรวมทั้งเรื่องราวทั้งหลายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพของข้าพเจ้าด้วยว่า ยังคงเป็นความจริงตามเดิมทุกประการ โดยเริ่มมีผลบังคับตามวันที่ของกรมธรรม์ประกันภัย

ลงชื่อ ณ (จังหวัด)..... วันที่

ลงชื่อ.....
(.....)
พยาน / ตัวแทนประกันชีวิต

ลงชื่อ.....
ลายมือชื่อของผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย
กรุณาลงลายมือชื่อให้เหมือนกับที่ให้ไว้กับบริษัท

ลงชื่อ.....
(.....)
พยาน / ตัวแทนประกันชีวิต

ลงชื่อ.....
ผู้ใช้อำนาจปกครอง / ผู้แทนโดยชอบธรรม / เจ้าของกรมธรรม์ประกันภัย / ผู้รับโอน

FOR OFFICE USE: Updated by.....Date.....Signature verified by.....Date.....

