



บริษัท เอไอเอ จำกัด

181 ถนนสุรวงศ์ เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500
โทรศัพท์ (0) 2634 8888 โทรสาร (0) 2352 5844
AIA Call Center 1581
aia.co.th

ตัวแทน	รหัส
หน่วย	รหัส
อาคาร	มือถือ

คำขอเปลี่ยนแปลง แบบ 2 (ผลประโยชน์และความคุ้มครอง) ก่อนออกกรมธรรม์ประกันภัย หลังออกกรมธรรม์ประกันภัย

ใบคำขอเอาประกันชีวิต / กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่	ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย
	เลขประจำตัวประชาชน <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะขอเปลี่ยนแปลงความคุ้มครองในใบคำขอเอาประกันชีวิต / กรมธรรม์ประกันภัย ดังต่อไปนี้

- ขอเปลี่ยนแปลงแบบประกันภัย จากเดิมเป็น
- เพิ่ม ลด จำนวนเงินเอาประกันภัย จากเดิมเป็น
- ขอยอมรับการเพิ่มเบี้ยประกันภัยเนื่องจากอาชีพ บาทต่อพันต่อปี
- เพิ่ม ลด ยกเลิก ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย PB จากเดิม เป็น.....บาท
- เพิ่ม ลด ยกเลิก ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง PBCI จากเดิม เป็น.....บาท
- เพิ่ม ลด ยกเลิก ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง - RPP PBCI-RPP จากเดิม เป็น.....บาท
- เพิ่ม ลด ยกเลิก ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง - RSP PBCI-RSP จากเดิม เป็น.....บาท
- เพิ่ม ลด ยกเลิก การยกเว้นเบี้ยประกันภัยกรมธรรม์หลัก WP จากเดิม เป็น.....บาท
- เพิ่ม ลด ยกเลิก การประกันภัยที่กำหนดระยะเวลา ปี LT จากเดิม เป็น.....บาท
- เพิ่ม ลด ยกเลิก การยกเว้นเบี้ยประกันภัยสัญญาเพิ่มเติม LT WPLT จากเดิม เป็น.....บาท
- เพิ่ม ลด ยกเลิก อุบัติเหตุ (เอ.ไอ.) AI จากเดิม เป็น.....บาท
- เพิ่ม ลด ยกเลิก บ้านที่เพิ่มเติมการจราจลและสงครามกลางเมือง (RCC) ของ AI จากเดิม เป็น.....บาท
- เพิ่ม ลด ยกเลิก อุบัติเหตุ (เอ.ดี.ดี.) ADD จากเดิม เป็น.....บาท
- เพิ่ม ลด ยกเลิก บ้านที่เพิ่มเติมการจราจลและสงครามกลางเมือง (RCC) ของ ADD จากเดิม เป็น.....บาท
- เพิ่ม ลด ยกเลิก อุบัติเหตุ (เอ.ดี.บี.) ADB จากเดิม เป็น.....บาท
- เพิ่ม ลด ยกเลิก บ้านที่เพิ่มเติมการจราจลและสงครามกลางเมือง (RCC) ของ ADB จากเดิม เป็น.....บาท
- เพิ่ม ลด ยกเลิก การรักษาในโรงพยาบาลและศัลยกรรม H&S จากเดิม เป็นแผน.....
- เพิ่ม ลด ยกเลิก เอไอเอ เอช แอนด์ เอส พลัส โกลด์ AIA H&S Plus Gold จากเดิม เป็นแผน.....
- เพิ่ม ลด ยกเลิก เอไอเอ เอช แอนด์ เอส จูเนียร์ AIA H&S Junior จากเดิม เป็นแผน.....
- เพิ่ม ลด ยกเลิก ค่าชดเชยรายวันการเข้ารักษาในโรงพยาบาล HB จากเดิม เป็น.....บาท
- เพิ่ม ลด ยกเลิก เอไอเอ เอชบี พลัส AIA HB Plus จากเดิม เป็น.....บาท
- เพิ่ม ลด ยกเลิก เอไอเอ เอชบี พลัส โกลด์ AIA HB Plus Gold จากเดิม เป็น.....บาท
- เพิ่ม ลด ยกเลิก มรณกรรม/รักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากโรคมะเร็ง CR/AIA Health Cancer จากเดิม เป็น.....บาท
- เพิ่ม ลด ยกเลิก โรคร้ายแรงต่อเนื่อง ECIR จากเดิม เป็น.....บาท
- เพิ่ม ลด ยกเลิก เลดี้แคร์ Lady Care จากเดิม เป็น.....บาท
- เพิ่ม ลด ยกเลิก เลดี้แคร์พลัส Lady Care Plus จากเดิม เป็น.....บาท
- เพิ่ม ลด ยกเลิก โรคร้ายแรงตลอดชีพ AIA Health Life Time จากเดิม เป็น.....บาท
- เพิ่ม ลด ยกเลิก มรณกรรม/รักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากโรคมะเร็ง-UDR AIA Health Cancer UDR จากเดิม เป็น.....บาท
- เพิ่ม ลด ยกเลิก การรักษาในโรงพยาบาลและศัลยกรรม-UDR H&S UDR จากเดิม เป็น.....บาท
- เพิ่ม ลด ยกเลิก เอไอเอ ซีไอ-UDR AIA CI UDR จากเดิม เป็น.....บาท
- เพิ่ม ลด ยกเลิก เอไอเอ เอชบี พลัส โกลด์-UDR HBPG UDR จากเดิม เป็น.....บาท
- เพิ่ม ลด ยกเลิก อื่นๆ ระบุ
- เพิ่ม ลด ยกเลิก อื่นๆ ระบุ
23. เปลี่ยนแปลงอื่นๆ โปรดระบุ

สำหรับคำขอเปลี่ยนแปลงก่อนออกกรมธรรม์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าสุขภาพของข้าพเจ้า ไม่มีกรมเปลี่ยนแปลง และข้าพเจ้าไม่ได้รับการรักษาโรค การปรึกษาหรือการตรวจโรคแต่อย่างใดเลยตั้งแต่วันที่ยื่นใบคำขอเอาประกันชีวิตดังกล่าวและขอรับรองต่อไปอีกว่าคำตอบทั้งหมดของข้าพเจ้าที่ได้เขียนไว้ในใบคำขอเอาประกันชีวิตดังกล่าวรวมทั้งเรื่องราวทั้งหลายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพของข้าพเจ้าด้วยว่า ยังคงเป็นความจริงตามเดิมทุกประการ โดยเริ่มมีผลบังคับตามวันที่ของกรมธรรม์ประกันภัย

ลงชื่อ ณ จังหวัด วันที่

ลงชื่อ พยาน / ตัวแทนประกันชีวิต

(.....)
ลายมือชื่อของผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย
กรุณาลงลายมือชื่อให้เหมือนกับที่ไว้กับบริษัท

ลงชื่อ..... พยาน / ตัวแทนประกันชีวิต
ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ใช้อำนาจปกครอง / ผู้แทนโดยชอบธรรม / เจ้าของกรมธรรม์ประกันภัย / ผู้รับโอน

FOR OFFICE USE : Updated by Date ตรวจสอบลายเซ็น by Date

