

แบบฟอร์มขอเปลี่ยนแปลงของผู้เอาประกันภัยกลุ่ม

ชื่อผู้เอาประกันภัย _____ บัตรประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทางเลขที่ _____

กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มเลขที่ _____ ใบรับรองการประกันภัยกลุ่มเลขที่ _____

หมายเลขโทรศัพท์ มือถือ _____ บ้าน _____ E-Mail _____

 ขอเปลี่ยนแปลง ชื่อ และ/หรือ นามสกุลของผู้เอาประกันภัย จากเดิม เป็น

(โปรดแนบสำเนาหลักฐานการเปลี่ยนแปลง ชื่อ และ/หรือ นามสกุล ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)

 ขอเปลี่ยนแปลงสถานที่ติดต่อ จากเดิม เป็น ขอเปลี่ยนแปลงผู้รับประกันภัย จากเดิม เป็น

ชื่อ – สกุล

ความสัมพันธ์

ที่อยู่

รายละเอียดของผลประโยชน์

- ผู้รับประกันภัยควรมีความสัมพันธ์เป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หรือญาติร่วมสายโลหิตเดียวกัน
- โปรดแนบสำเนาหลักฐานทะเบียนบ้านและบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง เพื่อพิสูจน์ความสัมพันธ์ระหว่างผู้เอาประกันภัยกับผู้รับประกันภัย
- การเปลี่ยนผู้รับประกันภัยจะมีผลบังคับเมื่อได้รับความเห็นชอบจากบริษัทฯ และบริษัทฯ ได้บันทึกการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวหรือออกใบแนบใบรับรองการเอาประกันภัยกลุ่มให้แล้ว

 ขอเว้นคืนการประกันภัยของใบรับรองการประกันภัยกลุ่มเลขที่ _____ ขอเปลี่ยนแปลงข้อมูลอื่นๆ**หมายเหตุ**

- กรุณาส่งต้นฉบับแบบฟอร์มขอเปลี่ยนแปลงของผู้เอาประกันภัยกลุ่ม และ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทาง ที่ลงนามรับรองสำเนาถูกต้องด้วยปากกาดำเดียวกันมายังบริษัทฯ (กรณีผู้เอาประกันภัยพิมพ์ลายนิ้วมือแทนการลงนาม กรุณาระบุว่าเป็นนิ้วมือข้างใด พิมพ์ลงนาม และให้พยานลงนามรับรอง 2 ท่าน) เพื่อใช้ประกอบการดำเนินการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงต่างๆ จะมีผล ณ วันที่บริษัทฯ อนุมัติเท่านั้น

ลงชื่อ _____ ผู้เอาประกันภัย ลงชื่อ _____ พยาน

ลายนิ้วมือข้าง _____ ลงชื่อ _____ พยาน