

63/2 อาคาร บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ชั้น 1,3,4,5 และ 6 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กทม. 10310 โทร. 0-2118-5555 โทรสาร.0-2118-5556 www.dhipayalife.co.th

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|---------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------|----------|--|---------------------------------------|---------------------------------|----------|--|---------------------------------------|---------------------------------|----------|--|---------------------------------------|---------------------------------|----------|--|---------------------------------------|---------------------------------|
| กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่..... | | ชื่อตัวแทน.....รหัส..... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ชื่อผู้เอาประกันภัย..... | | ชื่อหน่วย.....รหัส..... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| เปลี่ยนแปลง <input type="checkbox"/> หลังออกกรมธรรม์ ต่ออายุกรมธรรม์ <input type="checkbox"/> แบบธรรมดา <input type="checkbox"/> แบบเปลี่ยนวันเริ่มสัญญาประกันภัย | เบอร์โทรศัพท์..... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> เอกสารส่งผ่านตัวแทน <input type="checkbox"/> เอกสารส่งตรงถึงลูกค้า | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะขอเปลี่ยนแปลงรายละเอียดในใบคำขอเอาประกันภัย / กรมธรรม์ประกันภัย ดังต่อไปนี้ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1. งวดการชำระเบี้ยประกันภัย | <input type="checkbox"/> รายปี <input type="checkbox"/> ราย 6 เดือน <input type="checkbox"/> ราย 3 เดือน <input type="checkbox"/> รายเดือน | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 2. ชื่อ-สกุล | <input type="checkbox"/> ผู้เอาประกันภัย จากเดิม.....เปลี่ยนเป็น..... <input type="checkbox"/> ผู้ชำระเบี้ย จากเดิม.....เปลี่ยนเป็น..... <input type="checkbox"/> ผู้รับโอนสิทธิ จากเดิม.....เปลี่ยนเป็น..... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 3. ลายมือชื่อ | ลายมือชื่อเก่า.....ลายมือชื่อใหม่..... โดยถือว่าลายมือชื่อใหม่ที่ปรากฏนี้เป็นลายมือชื่อที่ใช้ในการติดต่อกับบริษัท นับตั้งแต่บริษัทได้รับคำร้องนี้ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 4. วัน/เดือน/ปีเกิด | วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 5. สถานที่ติดต่อ | เลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....หมู่.....ซอย.....ถนน..... แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทร.....เบอร์มือถือ.....E-mail Address..... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 6. แบบประกัน | จากเดิม.....เปลี่ยนเป็น..... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 7. จำนวนเงินเอาประกันภัย / ทุนประกันภัย (บาท) | จากเดิม.....เปลี่ยนเป็น..... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 8. สัญญาเพิ่มเติม | <table border="0"> <tr> <td>8.1.....</td> <td><input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด</td> <td>โดยจำนวนเงินเอาประกันภัยใหม่เป็น.....</td> <td><input type="checkbox"/> ยกเลิก</td> </tr> <tr> <td>8.2.....</td> <td><input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด</td> <td>โดยจำนวนเงินเอาประกันภัยใหม่เป็น.....</td> <td><input type="checkbox"/> ยกเลิก</td> </tr> <tr> <td>8.3.....</td> <td><input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด</td> <td>โดยจำนวนเงินเอาประกันภัยใหม่เป็น.....</td> <td><input type="checkbox"/> ยกเลิก</td> </tr> <tr> <td>8.4.....</td> <td><input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด</td> <td>โดยจำนวนเงินเอาประกันภัยใหม่เป็น.....</td> <td><input type="checkbox"/> ยกเลิก</td> </tr> <tr> <td>8.5.....</td> <td><input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด</td> <td>โดยจำนวนเงินเอาประกันภัยใหม่เป็น.....</td> <td><input type="checkbox"/> ยกเลิก</td> </tr> </table> | | 8.1..... | <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด | โดยจำนวนเงินเอาประกันภัยใหม่เป็น..... | <input type="checkbox"/> ยกเลิก | 8.2..... | <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด | โดยจำนวนเงินเอาประกันภัยใหม่เป็น..... | <input type="checkbox"/> ยกเลิก | 8.3..... | <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด | โดยจำนวนเงินเอาประกันภัยใหม่เป็น..... | <input type="checkbox"/> ยกเลิก | 8.4..... | <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด | โดยจำนวนเงินเอาประกันภัยใหม่เป็น..... | <input type="checkbox"/> ยกเลิก | 8.5..... | <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด | โดยจำนวนเงินเอาประกันภัยใหม่เป็น..... | <input type="checkbox"/> ยกเลิก |
| 8.1..... | <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด | โดยจำนวนเงินเอาประกันภัยใหม่เป็น..... | <input type="checkbox"/> ยกเลิก | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8.2..... | <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด | โดยจำนวนเงินเอาประกันภัยใหม่เป็น..... | <input type="checkbox"/> ยกเลิก | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8.3..... | <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด | โดยจำนวนเงินเอาประกันภัยใหม่เป็น..... | <input type="checkbox"/> ยกเลิก | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8.4..... | <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด | โดยจำนวนเงินเอาประกันภัยใหม่เป็น..... | <input type="checkbox"/> ยกเลิก | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8.5..... | <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด | โดยจำนวนเงินเอาประกันภัยใหม่เป็น..... | <input type="checkbox"/> ยกเลิก | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 9. วิธีรับเงินคืนรายงวดตามกรมธรรม์ | <input type="checkbox"/> โอนเข้าบัญชีธนาคาร.....เลขที่..... <input type="checkbox"/> เช็ค <input type="checkbox"/> คงไว้กับบริษัท <input type="checkbox"/> หักชำระเบี้ย (กรณีเลือกโอนเข้าบัญชีธนาคาร: กรุณาแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 10. ผู้รับผลประโยชน์ภายใต้กรมธรรม์ ฉบับนี้ จากเดิมทั้งหมด เปลี่ยนเป็น ผู้รับ ประโยชน์ที่ได้รับใหม่ทั้งหมด ดังนี้ (หาก มีได้ระบุส่วนแบ่งให้ถือว่าแบ่งเท่า ๆ กัน) | ชื่อ-นามสกุล ความสัมพันธ์ อายุ ส่วนแบ่ง ที่อยู่ 1. 2. 3. 4. 5. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 11. ขอลด/ยกเลิกเบี้ยประกันเพิ่มพิเศษ/ ข้อยกเว้นความคุ้มครอง | เนื่องจาก <input type="checkbox"/> สุขภาพ <input type="checkbox"/> อาชีพ โปรดระบุรายละเอียด..... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 12. เปลี่ยนสถานภาพกรมธรรม์ | <input type="checkbox"/> กรมธรรม์ใช้เงินสำเร็จ <input type="checkbox"/> กรมธรรม์ขยายเวลา | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 13. ขอเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ | ระบุ..... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ลงชื่อ ณ.....วันที่..... ลงชื่อ.....พยาน/ตัวแทน ลงชื่อ.....พยาน/ตัวแทน | ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย บิดา/มารดา/ผู้แทน โดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย* *กรณีที่ผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ ให้ลงลายมือชื่อโดยบิดา/มารดา/ผู้แทน โดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ดำหรับบริษัทฯ Update by.....Date..... Approve by.....Date..... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |