CHUBB® Chubb Life

บริษัท ชับบ์ ไลฟ์ แอสชัวรันซ์ จำกัด (มหาชน)
ทะเบียนเลขที่ 0107555000431 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107555000431
130-132 อาคารสินธร ทาวเวอร์ 1 ชั้น 11-12 ถนนวิทยุ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทร. 1283 โทรสาร 0-2675-3818 http://life.chubb.com/th

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

_____

❑ ขอเปลี่ยนแปลงผู้รับประโยชน์ จากเดิม เป็น

ชื่อ – สกุล	ความสัมพันธ์	ที่อยู่	ร้อยละของผลประโยชน์

- ผู้รับประโยชน์ควรมีความสัมพันธ์เป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หรือญาติร่วมสายโลหิตเดียวกัน
- โปรดแนบสำเนาหลักฐานทะเบียนบ้านและบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง เพื่อพิสูจน์ความสัมพันธ์ระหว่างผู้เอาประกันภัยกับผู้รับประโยชน์
- การเปลี่ยนผู้รับประโยชน์จะมีผลบังคับเมื่อได้รับความเห็นชอบจากบริษัทฯ และบริษัทฯ ได้บันทึกการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวหรือออกใบแนบใบรับรองการเอาประกันภัยกลุ่มให้แล้ว

❑ ขอเวนคืนการประกันภัยของใบรับรองการประกันภัยกลุ่มเลขที่_____

❑ ขอเปลี่ยนแปลงข้อมูลอื่นๆ

_____

หมายเหตุ

- กรุณาส่งต้นฉบับแบบฟอร์มขอเปลี่ยนแปลงของผู้เอาประกันภัยกลุ่ม และ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทาง ที่ลงนามรับรองสำเนาถูกต้องด้วยปากกาด้ามเดียวกันมายังบริษัทฯ (กรณีผู้เอาประกันพิมพ์ลายนิ้วมือแทนการลงนาม กรุณาระบุว่าเป็นนิ้วมือข้างใดพิมพ์ลงนาม และให้พยานลงนามรับรอง 2 ท่าน) เพื่อใช้ประกอบการดำเนินการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงต่างๆ จะมีผล ณ วันที่บริษัทฯ อนุมัติเท่านั้น

ลงชื่อ_____ ผู้เอาประกันภัย ลงชื่อ_____พยาน

ลายนิ้วมือข้าง_____ ลงชื่อ_____พยาน