

**แบบฟอร์มขอเปลี่ยนแปลงของผู้เอาประกันภัยกลุ่ม**

ชื่อผู้เอาประกันภัย \_\_\_\_\_ บัตรประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทางเลขที่ \_\_\_\_\_  
กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มเลขที่ \_\_\_\_\_ ไปรับรองการประกันภัยกลุ่มเลขที่ \_\_\_\_\_

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

ขอเวรคืนการประกันภัยของใบรับรองการประกันภัยกลุ่มเลขที่ \_\_\_\_\_

ขอเปลี่ยนแปลงข้อมูลอื่นๆ

\_\_\_\_\_

**หมายเหตุ**

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

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้เอาประกันภัย \_\_\_\_\_ ลงชื่อ \_\_\_\_\_ พยาน

ลายนิ้วมือข้าง \_\_\_\_\_ ลงชื่อ \_\_\_\_\_ พยาน