

## คำร้องขอเปลี่ยนแปลงกรมธรรม์

วันที่...../...../.....

ข้าพเจ้า.....เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

ผู้ถือกรมธรรม์เลขที่.....ของ บริษัท เอ็ม บี เคไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ขอให้มีการเปลี่ยนแปลงรายละเอียดของกรมธรรม์ประกันภัยข้างต้นดังนี้ซึ่งเป็นที่เข้าใจและตกลงว่าสำเนาคำร้องฉบับนี้จะแนบติดและถือเป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์ประกันภัยดังกล่าว

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง <input type="checkbox"/> / <input type="radio"/> สำหรับเอกสารที่ใช้ประกอบ (โปรดส่งเอกสารให้ครบถ้วนเพื่อความรวดเร็วในการเปลี่ยนแปลง)	
<input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลงงวดการชำระเบี้ยประกันภัย	จากเดิม ..... เป็นราย ( <input type="radio"/> 1 เดือน <input type="radio"/> 3 เดือน <input type="radio"/> 6 เดือน <input type="radio"/> รายปี )
<input type="checkbox"/> เปลี่ยนชื่อ, นามสกุล ผู้เอาประกันภัย	( <input type="radio"/> สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้าน <input type="radio"/> สำเนาการเปลี่ยนชื่อ, นามสกุล )
<input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลงผู้รับผลประโยชน์	( <input type="radio"/> สำเนาบัตรประชาชน ผู้เอาประกันและผู้รับผลประโยชน์ใหม่ ) ( <input type="radio"/> สำเนาทะเบียนบ้านผู้เอาประกันและผู้รับผลประโยชน์ใหม่ )
<b>* กรุณาระบุรายละเอียดการเปลี่ยนแปลง เพิ่มหรือยกเลิก และรายละเอียดความสัมพันธ์ ให้ชัดเจน *</b>	
<input type="checkbox"/> เปลี่ยนเลขที่บัญชีชำระเบี้ยและรับผลประโยชน์	( <input type="radio"/> หนังสือแจ้งความจำนงชำระเบี้ย <input type="radio"/> สำเนาหน้าสมุดเงินฝาก <input type="radio"/> สำเนาบัตรประชาชน )
<input type="checkbox"/> เปลี่ยนเลขที่บัญชีรับผลประโยชน์ตามกรมธรรม์	( <input type="radio"/> หนังสือแจ้งความจำนงรับผลประโยชน์ <input type="radio"/> สำเนาหน้าสมุดเงินฝาก <input type="radio"/> สำเนาบัตรประชาชน )
<input type="checkbox"/> เปลี่ยนเลขที่บัตรเครดิต	( <input type="radio"/> หนังสือการชำระเบี้ยผ่านบัตรเครดิต <input type="radio"/> สำเนาบัตรเครดิต <input type="radio"/> สำเนาบัตรประชาชน )
<input type="checkbox"/> เพิ่มทุนประกันภัย	( <input type="radio"/> กรมธรรม์ <input type="radio"/> สำเนาบัตรประชาชน <input type="radio"/> ใบตรวจสุขภาพ กรณีต้องตรวจสุขภาพ )
<input type="checkbox"/> ลดทุนประกันภัยหรือยกเลิกสัญญาเพิ่มเติม	( <input type="radio"/> กรมธรรม์ <input type="radio"/> สำเนาบัตรประชาชน )
<input type="checkbox"/> เพิ่มสัญญาเพิ่มเติม	ระบุ..... ( <input type="radio"/> สำเนาบัตรประชาชน <input type="radio"/> หนังสือรับรองสุขภาพ )
<input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลงสถานที่ของ	ระบุ..... ( <input type="radio"/> ที่ติดต่อ <input type="radio"/> ที่อยู่ปัจจุบัน <input type="radio"/> สำเนาบัตรประชาชน ).....
<input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลงอื่นๆ ( <input type="radio"/> สำเนาบัตรประชาชน ).....	.....
รายละเอียดเพิ่มเติม .....	

ลงชื่อ ..... ผู้เอาประกันภัย  
(.....) (ชื่อเดิม)

ลงชื่อ ..... ผู้เอาประกันภัย  
(.....) (ชื่อใหม่)

ลงชื่อ ..... พยาน  
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้ชำระเบี้ย/กรณีผู้เยาว์  
(.....)