



บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
 123 ถนนรัชดาภิเษก เขตดินแดง กรุงเทพฯ 10400
 โทร. 0 2247 0247 โทรสาร 0 2246 9946
 www.thailife.com ทะเบียนเลขที่ 0107555000104



คำร้องขอเปลี่ยนแปลงแก้ไข

ปช. 108

โด้ดสาขา.....

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....ผู้เอาประกันภัยตามกรมธรรม์
 ฉบับเลขที่.....มีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงแก้ไขกรมธรรม์ของข้าพเจ้า ดังนี้

1. ขอเปลี่ยนแปลงชื่อ ชื่อสกุล จาก.....
 เป็น.....
2. ขอเปลี่ยนแปลงผู้รับผลประโยชน์ จาก.....
 เป็น.....
 เกี่ยวข้องเป็น.....
3. ขอแก้ไขอายุ จาก เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.
 เป็น เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.
4. ขอเปลี่ยนแปลงลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย จากเดิม.....
 เป็น.....
5. ขอแก้ไขสถานที่ติดต่อใหม่ เป็นเลขที่.....ชื่อหมู่บ้าน.....หมู่ที่.....
 ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล (แขวง).....อำเภอ (เขต)
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
6. ขอเปลี่ยนวิธีการชำระเบี้ยประกันภัย จาก ราย.....เดือน เป็น ราย.....เดือน
7. ขอเปลี่ยนแปลงแบบประกันภัย จากแบบ.....ระยะเอาประกันภัย.....ปี ระยะชำระเบี้ยประกันภัย.....ปี
 เป็นแบบ.....ระยะเอาประกันภัย.....ปี ระยะชำระเบี้ยประกันภัย.....ปี
8. ขอเปลี่ยนเป็นกรมธรรม์ใช้เงินสำเร็จ ขอเปลี่ยนเป็นกรมธรรม์แบบขยายเวลา
 ขอเวนคืนกรมธรรม์ เพื่อรับเงินสด
9. สัญญาเพิ่มเติม ขอยกเลิกแบบ.....
 ขอซื้อเพิ่มแบบ.....
10. ขอเปลี่ยนแปลงอื่นๆ.....
 เนื่องจาก.....

11. ขอเพิ่มหรือ (ลด) จำนวนเบี้ยประกันภัย จากเดือนละ.....บาท เป็นเดือนละ.....บาท
12. ขอเปลี่ยนแปลงจำนวนเงินเอาประกันภัย จาก.....บาท เป็น.....บาท
(ในกรณีขอเพิ่มจำนวนเบี้ยประกันภัยตามข้อ 11. หรือขอเปลี่ยนแปลงจำนวนเงินเอาประกันภัย (เพิ่มขึ้น) ตามข้อ 12. โปรดกรอกบันทึกรับรองสุขภาพต่อไปนี้ด้วย)
- 12.1 ขณะนี้ท่านมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ ดีหรือไม่.....(ถ้าไม่สมบูรณ์โปรดแจ้งรายละเอียด)
.....
- 12.2 ขณะนี้ท่านมีร่างกายส่วนหนึ่งส่วนใดพิการหรือไม่.....(ถ้ามีหรือเป็นโปรดแจ้งรายละเอียด).....
.....
- 12.3 ในระหว่าง 2 ปีที่แล้ว ท่านเคยให้แพทย์ตรวจหรือเข้ารับการพยาบาลทำการรักษาตัว ตรวจโลหิต ความดันโลหิต ปัสสาวะ เอ็กซเรย์ ตรวจหัวใจ หรือตรวจอย่างอื่นหรือไม่.....ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียด (ชื่อสถานพยาบาล นายแพทย์ ชื่อโรค ผลการตรวจ ผลการรักษา และวันเดือนปี)
.....
- 12.4 ในกรณีเกี่ยวกับสุขภาพ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือนุคคลใดๆ ซึ่งได้เคยรักษาหรือตรวจข้าพเจ้า หรือที่จะทำการรักษา หรือทำการตรวจข้าพเจ้าต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริง หรือเรื่องที่ได้รับทราบจากการรักษา หรือตรวจข้าพเจ้าให้บริษัททราบ หรือบริษัทประกันภัยอื่นทราบการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- 12.5 ข้าพเจ้าไม่เคยทราบว่า เป็น หรือเคยรักษาโรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์และข้าพเจ้าทราบว่าถ้าข้าพเจ้าป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์แล้ว บริษัทจะไม่รับการเพิ่มจำนวนเงินเอาประกันภัย
- 12.6 ข้าพเจ้าในฐานะผู้เอาประกันภัยขอรับรองว่า ถ้อยแถลงที่ได้ให้ไว้ในคำขอนี้เป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้บริษัทดำเนินการตรวจเลือดหรือปัสสาวะ ตลอดจนนำผลการตรวจเลือดและข้อเท็จจริงที่แถลงไว้มาประกอบการพิจารณาขอเพิ่มจำนวนเงินประกันภัยได้

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

(สำหรับสาขา)

1. โปรดส่งกรมธรรม์ไปยังบริษัทพร้อมคำร้องนี้ ยกเว้นการเปลี่ยนแปลงสถานที่ติดต่อ
2. การเปลี่ยนแปลงสถานที่ติดต่อ สาขาไม่ต้องส่งกรมธรรม์มาบันทึกสติกหลัง
3. การเปลี่ยนแปลงสถานที่ติดต่อ ต้องระบุรายละเอียดให้ครบถ้วนชัดเจน
4. ถ้าผู้เอาประกันพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือ จะต้องมิพยานรับรองอย่างน้อย 2 คน
5. ถ้าลงลายมือชื่อทุกครั้ง ต้องให้ตรงกับที่ตกลงไว้ในคำขอเอาประกันชีวิต
6. การขอเปลี่ยนแปลงข้อที่ 1-3 ให้แนบหลักฐานสำเนาทะเบียนบ้าน และ/หรือบัตรประชาชน
7. การขอเปลี่ยนแปลงข้อที่ 8 กรมธรรม์จะต้องมีผลบังคับครบ 3 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป (มีเงินค่าเวนคืนกรมธรรม์) ยกเว้นแบบที่กำหนดไว้ 2 ปี