



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

คำร้องขอเปลี่ยนแปลงแก้ไข

ปช. 108

โค้ดสาขา.....

ทำที่..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ผู้เอาประกันภัยตามกฎหมายประกันภัย

ฉบับเลขที่.....มีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงแก้ไขกรมธรรม์ของข้าพเจ้า ดังนี้ :

1. ขอเปลี่ยนแปลงชื่อ ชื่อสกุล	จาก..... เป็น.....
2. ขอเปลี่ยนแปลงลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย	จากเดิม..... เป็น.....
3. ขอเปลี่ยนแปลงผู้รับประโยชน์	จาก..... เป็น..... เกี่ยวข้องเป็น.....
4. ขอแก้ไข วันเดือนปี เกิด	จาก เกิดวันที่..... เดือน พ.ศ. เป็น เกิดวันที่..... เดือน พ.ศ.
5. ขอแก้ไขสถานที่ติดต่อใหม่	เป็นเลขที่.....ชื่อหมู่บ้าน.....หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....ถนน..... ตำบล (แขวง).....อำเภอ (เขต).....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ
6. ขอเปลี่ยนวิธีการชำระเบี้ยประกันภัย	จาก ราย.....เดือน เป็น ราย.....เดือน
7. ขอเปลี่ยนแปลงแบบประกันภัย	จาก แบบ.....ระยะเวลาประกันภัย.....ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัยปี เป็น แบบ.....ระยะเวลาประกันภัย.....ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัยปี
8. ขอใช้สิทธิมูลค่ากรมธรรม์	[] ขอเวนคืนกรมธรรม์ เพื่อรับเงินสด [] ขอเปลี่ยนเป็นกรมธรรม์ใช้เงินสำเร็จ [] ขอเปลี่ยนเป็นกรมธรรม์แบบขยายเวลา
9. สัญญาเพิ่มเติม	[] ขอยกเลิกแบบ..... [] ขอซื้อเพิ่มแบบ.....

10. ขอเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ	 เนื่องจาก
11. ขอเพิ่มหรือ (ลด) จำนวนเบี้ยประกันภัย	จาก เดือนละ บาท เป็น เดือนละ บาท
12. ขอเปลี่ยนแปลงจำนวนเงินเอาประกันภัย	จาก บาท เป็น บาท

13. ในกรณีขอเพิ่มจำนวนเบี้ยประกันภัยตามข้อ 11. หรือขอเปลี่ยนแปลงจำนวนเงินเอาประกันภัย (เพิ่มขึ้น) ตามข้อ 12. โปรดกรอกบันทึกรับรองสุขภาพต่อไปนี้ด้วย

ก. ท่านมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดี ไม่มีอวัยวะส่วนใดของร่างกายพิการและ / หรือทุพพลภาพ

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ (โปรดระบุรายละเอียด).....

ข. ในระหว่าง 3 ปีที่แล้ว ท่านเคยให้แพทย์ตรวจหรือเข้าสถานพยาบาลทำการรักษาตัว ตรวจโลหิต ความดันโลหิต ปัสสาวะ เอกซเรย์ ตรวจหัวใจ หรือตรวจอย่างอื่นหรือไม่.....ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียด (ชื่อสถานพยาบาล ชื่อโรค ผลการตรวจ ผลการรักษา และ วันเดือนปี).....

ค. ในกรณีเกี่ยวกับสุขภาพ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบุคคลใด ๆ ซึ่งได้เคยรักษาหรือตรวจข้าพเจ้า หรือที่จะทำการรักษา หรือทำการตรวจข้าพเจ้าต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริง หรือเรื่องที่ได้รับความทราบจากการรักษา หรือตรวจข้าพเจ้าให้บริษัททราบ หรือบริษัทประกันภัยอื่นทราบการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์

ง. ข้าพเจ้าไม่เคยทราบว่า เป็น หรือเคยรักษาโรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์และข้าพเจ้าทราบว่าถ้าข้าพเจ้าป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์แล้ว บริษัทจะไม่รับการเพิ่มจำนวนเงินเอาประกันภัย

จ. ข้าพเจ้าในฐานะผู้เอาประกันภัยขอรับรองว่า ถ้อยแถลงที่ได้ให้ไว้ในคำขอนี้เป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้บริษัทดำเนินการตรวจเลือดหรือปัสสาวะตลอดจนนำผลการตรวจเลือดและข้อเท็จจริงที่แถลงไว้มาประกอบการพิจารณาขอเพิ่มจำนวนเงินเอาประกันภัยได้

ผู้ลงลายมือชื่อในเอกสารฉบับนี้ขอยืนยันว่าได้รับทราบรายละเอียดและข้อกำหนดต่าง ๆ ตามที่ระบุไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ได้แจ้งให้ทราบก่อนหรือขณะเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลแล้ว

อนึ่ง ผู้แถลงรับรองว่าผู้แถลงได้รับความยินยอมจากเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ที่ปรากฏในเอกสารฉบับนี้หรือเอกสารประกอบที่เกี่ยวข้อง หรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายในการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลดังกล่าวแก่บริษัท และได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทให้บุคคลดังกล่าวทราบแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน/ผู้ใช้อำนาจปกครอง

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ท่านสามารถศึกษารายละเอียดนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลได้ที่เว็บไซต์

<https://www.thailife.com/PrivacyPolicy> หรือสามารถสแกนคิวอาร์โค้ดที่ปรากฏ



สำหรับ (สาขา)

1. โปรดส่งกรมธรรม์ไปยังบริษัทพร้อมคำร้องนี้ ยกเว้นการเปลี่ยนแปลงสถานที่ติดต่อ
2. การเปลี่ยนแปลงสถานที่ติดต่อ สาขาไม่ต้องส่งกรมธรรม์มาบันทึกสลิปหลัง
3. การเปลี่ยนแปลงสถานที่ติดต่อ ต้องระบุรายละเอียดให้ครบถ้วนชัดเจน
4. ถ้าผู้เอาประกันภัยพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือ จะต้องมียานรับรองอย่างน้อย 2 คน
5. ถ้าผู้ลงลายมือชื่อทุกครั้ง ต้องให้ตรงกับที่ตกลงไว้ในคำขอเอาประกันชีวิต
6. การขอเปลี่ยนแปลงข้อที่ 1-4 ให้แนบหลักฐานสำเนาทะเบียนบ้าน และ/หรือบัตรประชาชน
7. การขอเปลี่ยนแปลงข้อที่ 8 กรมธรรม์จะต้องมีผลบังคับและมีเงินค่าเวนคืนกรมธรรม์