

หนึ่งในพันธมิตรของธนาคารออมสิน

บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

เลขที่ 63/2 อาคาร บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ชั้น 1,3,4,5,6 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 โทร 02-118-5555 โทรสาร 02-118-5601 www.dhipayalife.co.th

ใบคำขอเอาประกันภัย/กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่..... ชื่อผู้เอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย.....	ชื่อตัวแทน.....รหัส..... ชื่อหน่วย.....รหัส..... เบอร์โทรศัพท์.....
เปลี่ยนแปลง <input type="checkbox"/> หลังออกกรมธรรม์ ต่ออายุกรมธรรม์ <input type="checkbox"/> แบบธรรมดา <input type="checkbox"/> แบบเปลี่ยนวันเริ่มสัญญาประกันภัย	<input type="checkbox"/> เอกสารส่งผ่านตัวแทน/สาขาธนาคาร <input type="checkbox"/> เอกสารส่งตรงถึงลูกค้า
ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะขอเปลี่ยนแปลงรายละเอียดในใบคำขอเอาประกันภัย / กรมธรรม์ประกันภัย ดังต่อไปนี้	
<input type="checkbox"/> 1. งวดการชำระเบี้ยประกันภัย	<input type="checkbox"/> รายปี <input type="checkbox"/> ราย 6 เดือน <input type="checkbox"/> ราย 3 เดือน <input type="checkbox"/> รายเดือน
<input type="checkbox"/> 2. ชื่อ-สกุล	<input type="checkbox"/> ผู้เอาประกันภัย จากเดิม.....เปลี่ยนเป็น..... <input type="checkbox"/> ผู้ชำระเบี้ย จากเดิม.....เปลี่ยนเป็น.....
<input type="checkbox"/> 3. ลายมือชื่อ	ลายมือชื่อเก่า.....ลายมือชื่อใหม่..... โดยถือว่าลายมือชื่อใหม่ที่ปรากฏนี้เป็นลายมือชื่อที่ใช้ในการติดต่อกับบริษัทฯ นับตั้งแต่วันที่บริษัทฯ ได้รับคำร้องนี้
<input type="checkbox"/> 4. วัน/เดือน/ปีเกิด	วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
<input type="checkbox"/> 5. สถานที่ติดต่อ	เลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....หมู่.....ซอย.....ถนน..... แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทร.....เบอร์มือถือ.....E-mail Address.....
<input type="checkbox"/> 6. แบบประกัน	จากเดิม.....เปลี่ยนเป็น.....
<input type="checkbox"/> 7. จำนวนเงินเอาประกันภัย / ทุนประกันภัย (บาท)	จากเดิม.....เปลี่ยนเป็น.....
<input type="checkbox"/> 8. สัญญาเพิ่มเติม	<input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด โดยจำนวนเงินเอาประกันภัยใหม่เป็น..... <input type="checkbox"/> ยกเลิก <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด โดยจำนวนเงินเอาประกันภัยใหม่เป็น..... <input type="checkbox"/> ยกเลิก <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด โดยจำนวนเงินเอาประกันภัยใหม่เป็น..... <input type="checkbox"/> ยกเลิก
<input type="checkbox"/> 9. วิธีรับเงินคืน	<input type="checkbox"/> เช็ค <input type="checkbox"/> โอนเข้าบัญชีธนาคาร.....เลขที่..... <input type="checkbox"/> หักชำระเบี้ย <input type="checkbox"/> เช็ค <input type="checkbox"/> โอนเข้าบัญชีธนาคาร.....เลขที่..... <input type="checkbox"/> เช็ค <input type="checkbox"/> โอนเข้าบัญชีธนาคาร.....เลขที่..... <input type="checkbox"/> เช็ค <input type="checkbox"/> โอนเข้าบัญชีธนาคาร.....เลขที่..... (กรณีเลือกโอนเข้าบัญชีธนาคาร: กรุณาแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร)
<input type="checkbox"/> 10. ผู้รับผลประโยชน์ภายใต้กรมธรรม์ ฉบับนี้ จากเดิมทั้งหมด เปลี่ยนเป็น ผู้รับ ประโยชน์ที่ได้ระบุใหม่ทั้งหมด ดังนี้ (หาก มิได้ระบุส่วนแบ่งให้อีกว่าแบ่งเท่า ๆ กัน)	ชื่อ-นามสกุล ความสัมพันธ์ อายุ ส่วนแบ่ง ที่อยู่ 1. 2. 3.
<input type="checkbox"/> 11. ขอลด/ยกเลิกเบี้ยประกันเพิ่มพิเศษ/ ข้อยกเว้นความคุ้มครอง	เนื่องจาก <input type="checkbox"/> สุขภาพ <input type="checkbox"/> อาชีพ โปรดระบุรายละเอียด.....
<input type="checkbox"/> 12. เปลี่ยนสถานภาพกรมธรรม์	<input type="checkbox"/> กรมธรรม์ใช้เงินสำเร็จ <input type="checkbox"/> กรมธรรม์ขยายเวลา
<input type="checkbox"/> 13. ขอเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ	ระบุ.....
ลงชื่อ ณ.....วันที่..... ลงชื่อ.....พยาน/ตัวแทน ลงชื่อ.....พยาน/ตัวแทน	ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย บิดา/มารดา/ผู้แทน โดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย* *กรณีที่ผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ ให้ลงลายมือชื่อโดยบิดา/มารดา/ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย
สำหรับบริษัท	Update by.....Date.....