



บริษัท เอไอเอ จำกัด  
 เอไอเอ ทาวเวอร์ 181 ถนนสุรวงศ์ บางรัก กรุงเทพฯ 10500  
 โทรศัพท์ (0) 2634 8888 โทรสาร (0) 2236 6452  
 AIA Call Center 1581  
 aia.co.th

ตัวแทน.....	รหัส.....
หน่วย.....	รหัส.....
อาคาร.....	มือถือ.....

**คำขอเปลี่ยนแปลง แบบ 1 (ข้อมูลทั่วไป)**

ก่อนออกกรมธรรม์ประกันภัย  หลังออกกรมธรรม์ประกันภัย

ใบคำขอเอาประกันชีวิต / กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ .....	ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย .....
	เลขประจำตัวประชาชน <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>

**ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะขอเปลี่ยนแปลงรายละเอียดในใบคำขอเอาประกันชีวิต / กรมธรรม์ประกันภัย ดังต่อไปนี้**

- ขอเปลี่ยนวิธีการชำระเบี้ยประกันภัย จากเดิม เป็น  รายปี  รายหกเดือน  รายสามเดือน  รายเดือน
- ขอเปลี่ยนสถานที่ติดต่อจากเดิม เป็น  
 บ้านเลขที่..... หมู่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... ตรอก/ซอย.....  
 ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....  
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์   
 โทรศัพท์มือถือ..... โทรศัพท์บ้าน..... อีเมล.....  
 ให้ใช้สถานที่ติดต่อข้างต้นกับกรมธรรม์ดังต่อไปนี้ด้วย.....
- ขอเปลี่ยน ชื่อ และ / หรือ ชื่อสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย  
 เป็นชื่อ..... ชื่อสกุล.....
- ขอเปลี่ยน ชื่อ และ / หรือ ชื่อสกุลของเจ้าของกรมธรรม์ประกันภัย / ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย  
 เป็นชื่อ..... ชื่อสกุล.....
- ขอเปลี่ยนลายมือชื่อ  ขอแจ้งลายมือชื่อ (กรณีการบรรลุนิติภาวะของผู้เยาว์)  
 โดยให้ลายมือชื่อใหม่ของข้าพเจ้าที่ปรากฏต่อไปนี้ เป็นลายมือชื่อที่ใช้ในการติดต่อกับบริษัท เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยข้างต้น  
 .....  
 (ลายมือชื่อเก่า) (ลายมือชื่อใหม่)
- ขอเปลี่ยนผู้รับผลประโยชน์ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ จากเดิม เป็น  
 ชื่อ / ชื่อสกุล ..... อายุ ..... ความสัมพันธ์.....  
 .....  
 .....
- ขอเปลี่ยนแปลงแบบประกันภัย เป็น แบบขยายระยะเวลา (ETI) โดยไม่มีส่วนร่วมในเงินปันผล
- ขอเปลี่ยนแปลงแบบประกันภัย เป็น แบบใช้เงินสำเร็จ (RPU) โดยไม่มีส่วนร่วมในเงินปันผล
- เปลี่ยนแปลงอื่นๆ โปรดระบุ .....

**สำหรับคำขอเปลี่ยนแปลงก่อนออกกรมธรรม์**

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าสุขภาพของข้าพเจ้า ไม่มีการเปลี่ยนแปลง และข้าพเจ้าไม่ได้รับการรักษาโรค การปรึกษาหรือการตรวจโรคแต่อย่างใดเลยตั้งแต่วันที่ยื่นใบคำขอเอาประกันชีวิตดังกล่าวและขอรับรองต่อไปอีกว่าคำตอบทั้งหมดของข้าพเจ้าที่ได้เขียนไว้ในใบคำขอเอาประกันชีวิตดังกล่าวรวมทั้งเรื่องราวทั้งหลายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพของข้าพเจ้าด้วยว่า ยังคงเป็นความจริงตามเดิมทุกประการ โดยเริ่มมีผลบังคับตามวันที่ของกรมธรรม์ประกันภัย

ลงชื่อ ณ (จังหวัด) ..... วันที่ .....

ลงชื่อ .....  
 ( ..... )  
 พยาน / ตัวแทนประกันชีวิต

ลงชื่อ .....  
 ( ..... )  
 พยาน / ตัวแทนประกันชีวิต

ลงชื่อ .....  
 ( ..... )  
 ผู้ใช้อำนาจปกครอง / ผู้แทนโดยชอบธรรม / เจ้าของกรมธรรม์ประกันภัย / ผู้รับโอน

FOR OFFICE USE: Updated by..... Date..... Signature verified by..... Date.....

