



หนังสือแจ้งความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลง แก้อ หรือขอรับผลประโยชน์ตามสัญญาประกันภัย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ผู้เอาประกันภัย หรือ ผู้ปกครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัย หรือ สมาชิกผู้เอาประกันภัย ตามสัญญาประกันภัยเลขที่..... ขอให้บริษัทฯ ดำเนินการให้เป็นไปตามความประสงค์ของข้าพเจ้า ดังต่อไปนี้

ในทุกกรณี โปรดแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของท่าน โดยขอให้ติดกับข้อมูล "ศาสนา" จนไม่สามารถอ่านข้อความได้พร้อมลงนามกำกับ หากท่านไม่ได้ดำเนินการดังกล่าว ท่านยินยอมให้บริษัทฯ

ดำเนินการติดกับข้อมูลศาสนาแทนท่านได้

<p>1. เปลี่ยนแปลงข้อมูลผู้เอาประกันภัย</p> <p><input type="checkbox"/> ชื่อ-นามสกุล / คำนำหน้า</p> <p><input type="checkbox"/> ที่อยู่</p> <p><input type="checkbox"/> หมายเลขโทรศัพท์</p> <p><input type="checkbox"/> อีเมล</p>	<p>เปลี่ยนชื่อ-สกุล / คำนำหน้าเป็น.....</p> <p>เปลี่ยนที่อยู่เป็น.....</p> <p>เปลี่ยนหมายเลขโทรศัพท์มือถือเป็น.....</p> <p>เปลี่ยนอีเมลเป็น (โปรดระบุภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่เท่านั้น)</p> <p>.....</p> <p>(โปรดแนบ สำเนาทะเบียนบ้าน หรือเอกสารการเปลี่ยนแปลงของทางราชการ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง แล้วแต่กรณี)</p>	<p>• กรณีเปลี่ยนชื่อ - สกุล/คำนำหน้า ขอให้บริษัทฯ ดำเนินการเปลี่ยนแปลงทุกสัญญาประกันภัยที่ได้ทำไว้กับ บริษัทฯ</p> <p>• กรณีเปลี่ยนแปลงข้อมูลอื่น</p> <p><input type="checkbox"/> ทุกสัญญาประกันภัยที่ได้ทำไว้กับบริษัทฯ</p> <p><input type="checkbox"/> เฉพาะสัญญาประกันภัยที่ระบุไว้ข้างต้น</p> <p>ทั้งนี้ หากท่านไม่ระบุ บริษัทฯ ขอดำเนินการเปลี่ยนแปลงทุกสัญญาประกันภัยที่ได้ทำไว้กับบริษัทฯ และขอสงวนสิทธิ์การแจ้งข้อมูลผ่านหมายเลขโทรศัพท์เพียง 1 หมายเลข และ/หรือ อีเมล 1 บัญชีเท่านั้น</p>												
<p>2. ขอรับเอกสารเกี่ยวกับบริการกรมธรรม์โดยใช้วิธีทางอิเล็กทรอนิกส์ (อีเมล)</p>	<p>ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้บริษัทฯ ดำเนินการจัดส่งเอกสารไปยังอีเมลของข้าพเจ้าตามที่ระบุไว้ในข้อมูลการติดต่อ สำหรับ</p> <p><input type="checkbox"/> ทุกสัญญาประกันภัยที่ได้ทำไว้กับบริษัทฯ <input type="checkbox"/> เฉพาะสัญญาประกันภัยที่ระบุไว้ข้างต้น</p> <p>(ทั้งนี้ หากท่านไม่ระบุ บริษัทฯ ขอดำเนินการเปลี่ยนแปลงทุกสัญญาประกันภัยที่ได้ทำไว้กับบริษัทฯ)</p> <p>(กรณีที่บริษัทฯ ไม่สามารถจัดส่งเอกสารไปยังอีเมลที่ท่านระบุไว้ได้ บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการจัดส่งเอกสารดังกล่าวให้แก่ท่านตามที่อยู่ติดต่อตามกรมธรรม์)</p> <p>หมายเหตุ: บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์เฉพาะเอกสารบางประเภทที่ทางบริษัทฯ สามารถออกเป็นแบบอิเล็กทรอนิกส์ได้เท่านั้น</p>													
<p>3. เปลี่ยนแปลงข้อมูลผู้รับประโยชน์</p> <p><input type="checkbox"/> ยกเลิกผู้รับประโยชน์</p>	<table border="1"> <tr> <td>ชื่อ - นามสกุล</td> <td>ความสัมพันธ์</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>สำหรับแบบประกันภัยคุ้มครองเงินเชื่อที่มีผู้รับประโยชน์ลำดับแรกเป็นสถาบันการเงิน การยกเลิกจะกระทำได้เมื่อมีหนังสือปิดหนี้มาแสดงเท่านั้น</p>	ชื่อ - นามสกุล	ความสัมพันธ์											
ชื่อ - นามสกุล	ความสัมพันธ์													
<p><input type="checkbox"/> เพิ่มผู้รับประโยชน์</p> <p>(หากมิได้ระบุส่วนแบ่งผู้รับประโยชน์บางราย ทำให้ผลรวมของส่วนแบ่งทั้งหมดไม่เท่ากับ 100% ให้ถือว่าผู้รับประโยชน์ที่มีได้มีการระบุส่วนแบ่งจะได้รับในส่วนที่เหลือ หรือได้รับส่วนแบ่งเท่ากันแล้วแต่กรณี)</p>	<table border="1"> <tr> <td>ชื่อ - นามสกุล</td> <td>ความสัมพันธ์</td> <td>ร้อยละของผลประโยชน์</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>(โปรดแนบสำเนาเอกสารแสดงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ถูกระบุกับผู้เอาประกันภัย พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)</p>	ชื่อ - นามสกุล	ความสัมพันธ์	ร้อยละของผลประโยชน์										
ชื่อ - นามสกุล	ความสัมพันธ์	ร้อยละของผลประโยชน์												
<p><input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลงผู้รับประโยชน์ที่ได้แจ้งไว้กับบริษัทจากเดิมทั้งหมด เป็นผู้รับประโยชน์ใหม่ทั้งหมด ดังนี้</p> <p>(หากมิได้ระบุส่วนแบ่งให้ถือว่าได้รับส่วนแบ่งเท่ากัน)</p>	<table border="1"> <tr> <td>ชื่อ - นามสกุล</td> <td>ความสัมพันธ์</td> <td>ร้อยละของผลประโยชน์</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>(โปรดแนบสำเนาเอกสารแสดงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ถูกระบุกับผู้เอาประกันภัย พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)</p>	ชื่อ - นามสกุล	ความสัมพันธ์	ร้อยละของผลประโยชน์										
ชื่อ - นามสกุล	ความสัมพันธ์	ร้อยละของผลประโยชน์												
<p><input type="checkbox"/> แก้อ ชื่อ-นามสกุล ผู้รับประโยชน์ที่เคยแจ้งไว้กับบริษัทฯ</p>	<table border="1"> <tr> <td>ชื่อ - นามสกุลเดิม</td> <td>แก้อเป็น</td> <td>ความสัมพันธ์</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>(โปรดแนบเอกสารการเปลี่ยนแปลงของทางราชการของผู้ถูกระบุ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)</p>	ชื่อ - นามสกุลเดิม	แก้อเป็น	ความสัมพันธ์										
ชื่อ - นามสกุลเดิม	แก้อเป็น	ความสัมพันธ์												
<p>4. แก้อชื่อ-นามสกุล ผู้แทนโดยชอบธรรมซึ่งเป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัย</p>	<table border="1"> <tr> <td>ชื่อ - นามสกุลเดิม</td> <td>แก้อเป็น</td> <td>ความสัมพันธ์</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>(โปรดแนบเอกสารการเปลี่ยนแปลงของทางราชการ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)</p>	ชื่อ - นามสกุลเดิม	แก้อเป็น	ความสัมพันธ์										
ชื่อ - นามสกุลเดิม	แก้อเป็น	ความสัมพันธ์												
<p>5. เปลี่ยนผู้แทนโดยชอบธรรม ซึ่งเป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (ภธ.ผู้เยาว์)</p> <p>(เมื่อได้รับการอนุมัติ ผู้ชำระเบี้ยใหม่จะเป็นผู้มีสิทธิ์ในกรมธรรม์ผู้เยาว์ ทั้งนี้ ผู้ชำระเบี้ยใหม่ต้องเป็นบิดา, มารดา หรือผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมาย (มีคำสั่งศาล) เท่านั้น</p> <p>หากผู้ชำระเบี้ยปัจจุบัน ได้ซื้อสัญญาเพิ่มเติมผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ท่านจำเป็นต้องยกเลิกสัญญาดังกล่าว และผู้ชำระเบี้ยใหม่สามารถซื้อสัญญาเพิ่มเติมผู้ชำระเบี้ยประกันภัยได้)</p>	<table border="1"> <tr> <td>ชื่อ - นามสกุลผู้ชำระเบี้ยปัจจุบัน</td> <td>ชื่อ - นามสกุลผู้ชำระเบี้ยใหม่</td> <td>ความสัมพันธ์</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>(โปรดแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ชำระเบี้ยใหม่ โดยขอให้ติดกับข้อมูล "ศาสนา" จนไม่สามารถอ่านข้อความได้ พร้อมลงนามกำกับ หากท่านไม่ได้ดำเนินการดังกล่าว ท่านยินยอมให้บริษัทฯ ดำเนินการติดกับข้อมูลศาสนาแทนท่านได้, สำเนาทะเบียนบ้าน และ สำเนาเอกสารแสดงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ชำระเบี้ยใหม่กับผู้เอาประกันภัย พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)</p> <p>ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวผู้ชำระเบี้ยประกันภัย</p> <ol style="list-style-type: none"> ชื่อ-สกุล ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย วัน/เดือน/ปีเกิด เลขประจำตัวประชาชน/เลขหนังสือเดินทาง สัญชาติ อาชีพ (โปรดระบุอาชีพปัจจุบันของท่าน) <p><input type="checkbox"/> พนักงานบริษัทเอกชน <input type="checkbox"/> ข้าราชการ <input type="checkbox"/> นักการเมือง <input type="checkbox"/> เจ้าของกิจการ <input type="checkbox"/> โปรดระบุลักษณะธุรกิจ</p>	ชื่อ - นามสกุลผู้ชำระเบี้ยปัจจุบัน	ชื่อ - นามสกุลผู้ชำระเบี้ยใหม่	ความสัมพันธ์										
ชื่อ - นามสกุลผู้ชำระเบี้ยปัจจุบัน	ชื่อ - นามสกุลผู้ชำระเบี้ยใหม่	ความสัมพันธ์												

	<input type="checkbox"/> พนักงานรัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> ทหาร/ตำรวจ <input type="checkbox"/> เกษียณ <input type="checkbox"/> อาชีพอิสระ โปรดระบุลักษณะงาน <input type="checkbox"/> นักเรียน/นักศึกษา <input type="checkbox"/> พ่อบ้าน/แม่บ้าน <input type="checkbox"/> เกษตรกร <input type="checkbox"/> วางงาน/ระหว่างรองาน <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำงาน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ ส่วนที่ 2 ข้อมูลการติดต่อ 6) ที่อยู่ที่สะดวกในการติดต่อ เบอร์โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล (โปรดระบุภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่เท่านั้น) ส่วนที่ 3 ข้อมูลที่อยู่อื่นๆ 7) สถานที่ทำงาน.....ที่อยู่ทำงาน อาคาร..... เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... 8) ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... 9) ที่อยู่ ในประเทศเจ้าของสัญชาติ (เฉพาะบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทย) เลขที่.....ถนน.....ตำบล/อำเภอ.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....ประเทศ..... 10) ที่อยู่ปัจจุบัน <input type="checkbox"/> เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย..... ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
6. เปลี่ยนแปลงรายละเอียดสัญญาประกันภัย <input type="checkbox"/> แบบประกันภัย <input type="checkbox"/> ลดจำนวนเงินเอาประกันภัย (สำหรับสัญญาประกันภัยประเภทสามมีเท่านั้น) <input type="checkbox"/> เปลี่ยนอายุรับบำนาญ	ได้นำส่ง <input type="checkbox"/> ค่าธรรมเนียม <input type="checkbox"/> เบี้ยประกันภัย รวมทั้งหมดจำนวน.....บาท โดยวิธี..... เปลี่ยนแบบประกันภัยเป็น..... ลดจำนวนเงินเอาประกันภัยเป็น..... เปลี่ยนอายุรับบำนาญเป็น.....
7. เปลี่ยนวิธีการชำระเบี้ยประกันภัย	เปลี่ยนเป็น <input type="checkbox"/> รายปี <input type="checkbox"/> ราย 6 เดือน <input type="checkbox"/> ราย 3 เดือน <input type="checkbox"/> รายเดือน ระบุจำนวนเงิน.....บาท (ถ้ามี)
8. ขอรับเงินปันผลตามสัญญาประกันภัย (สำหรับสัญญาประกันภัยประเภทสามมีที่มีเงินปันผลเท่านั้น)	<input type="checkbox"/> ขอรับเงินปันผล () ทั้งหมด () บางส่วน จำนวน..... บาท <input type="checkbox"/> ให้นำเงินปันผลไปชำระเบี้ยประกันภัย จำนวน..... บาท หมายเหตุ กรณีมีหนี้สินค้างชำระตามสัญญาประกันภัย บริษัทฯ จะหักเงินปันผลเพื่อชำระหนี้สินดังกล่าวก่อน
9. ขอให้ออกสัญญาประกันภัยใหม่ (แทนสัญญาประกันภัยที่สูญหาย)	สูญหายเมื่อวันที่..... หมายเหตุ โปรดแนบสำเนาใบแจ้งความ
10. ขอยกเลิกข้อมูลบัญชีธนาคาร / บัตรเครดิต / การรับเงินผลประโยชน์ตามสัญญาประกันภัยและเงินอื่นๆ ผ่านบัญชีธนาคาร	<input type="checkbox"/> ยกเลิกการหักบัญชีธนาคาร.....หมายเลขบัญชี..... <input type="checkbox"/> ยกเลิกการหักบัญชีบัตรเครดิตธนาคาร.....หมายเลขบัตรเครดิต..... <input type="checkbox"/> ยกเลิกการรับเงินผลประโยชน์ และเงินอื่นๆ ผ่านบัญชีธนาคาร.....หมายเลขบัญชี..... <input type="checkbox"/> ยกเลิกการรับเงินผลประโยชน์ และเงินอื่นๆ ผ่านบัญชีเงินฝากที่ผูกกับระบบพร้อมเพย์ (Prompt Pay)
11. การแจ้งความประสงค์ในการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร ขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร	<input type="checkbox"/> ข้าพเจ้า มีความประสงค์ ใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร และยินยอมให้บมจ. เมืองไทยประกันชีวิต นำส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด <input type="checkbox"/> ทุกสัญญาประกันภัยที่สามารถใช้สิทธิลดหย่อนภาษี ซึ่งได้ทำไว้กับบริษัทฯ <input type="checkbox"/> เฉพาะสัญญาประกันภัยเลขที่ (ทั้งนี้ หากท่านไม่ระบุเลขที่สัญญาประกันภัย บริษัทฯ จะถือว่าท่านไม่มีความประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรจากสัญญาประกันภัยนั้น) หากผู้เอาประกันภัยเป็น ชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรโปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ <input type="checkbox"/> ข้าพเจ้า ไม่มีความประสงค์ ใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรทุกสัญญาประกันภัย
12. อื่นๆ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การขอเปลี่ยนแปลง แก้ไข หรือขอรับผลประโยชน์ตามสัญญาประกันภัยดังกล่าวข้างต้นนี้ ให้ถือเป็นสาระสำคัญส่วนหนึ่งของการเอาประกันภัยตามสัญญาประกันภัยที่ระบุของข้าพเจ้า ทั้งนี้ ความประสงค์ต่างๆ ดังกล่าวนี้จะมีผลสมบูรณ์เมื่อบริษัทฯ เห็นชอบ และ/หรือ อนุมัติแล้วเท่านั้น

ลงนาม

(.....)

ผู้เอาประกันภัย / ผู้ปกครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัย / สมาชิกผู้เอาประกันภัย

ลงชื่อ

ลงชื่อ

(.....)

(.....)

พยาน / ตัวแทนประกันชีวิต / นายหน้าประกันชีวิต

พยาน / กรรมการหรือหุ้นส่วนผู้จัดการผู้มีอำนาจลงนามผูกพันสมาชิกผู้เอาประกันภัย

(นิติบุคคล) หรือผู้รับมอบอำนาจ



- หมายเหตุ**
- กรณีลงนามโดยวิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรองให้ครบถ้วนทั้ง 2 ท่าน
 - กรณีนิติบุคคล ขอให้ประทับตราบริษัทในส่วนของการกรรมการหรือหุ้นส่วนผู้จัดการผู้มีอำนาจลงนามผูกพันสมาชิกผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับมอบอำนาจ
 - การเปลี่ยนแปลงหรือยกเลิกสัญญาประกันภัยหรือสัญญาเพิ่มเติม ก่อนเกณฑ์เวลาตามเงื่อนไขที่กรมสรรพากรกำหนด อาจมีผลกระทบต่อการใช้สิทธิลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา