

วันที่ \_\_\_\_\_

กรมธรรม์เลขที่ \_\_\_\_\_ ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ \_\_\_\_\_

สมาชิก / ผู้เอาประกันภัย เลขที่ \_\_\_\_\_ ชื่อสมาชิก / ผู้เอาประกันภัย \_\_\_\_\_

บัตรประชาชนเลขที่ \_\_\_\_\_

**ส่วนที่ 1 การเปลี่ยนแปลงจำนวนเงินเอาประกันภัย**

1. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะขอเปลี่ยนแปลงดังนี้

ขอเปลี่ยนแปลงตำแหน่งงาน จาก \_\_\_\_\_ เป็น \_\_\_\_\_

ขอเปลี่ยนแปลงจำนวนเงินเอาประกันภัยโดย  เพิ่ม  ลด จากเดิม เป็น \_\_\_\_\_ บาท

**ส่วนที่ 2 การเปลี่ยนแปลงข้อมูลอื่นๆ**

1. ขอเปลี่ยนแปลง ชื่อ และ/หรือ นามสกุล ของสมาชิก / ผู้เอาประกันภัย จากเดิมเป็น

(โปรดแนบสำเนาหลักฐานการเปลี่ยน ชื่อ และ/หรือ นามสกุล)

2. ขอเปลี่ยนแปลงผู้รับประโยชน์ จากเดิม เป็น

ชื่อ-สกุล	อายุ	ความสัมพันธ์	ที่อยู่
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

3. ขอเปลี่ยนแปลงวันเดือนปีเกิดที่ถูกต้องเป็น วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

(โปรดแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน)

4. ขอเปลี่ยนแปลงข้อมูลอื่นๆ

สมาชิก / ผู้เอาประกันภัย	ผู้ปกครอง
( _____ )	( _____ )
	(กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์)
พยาน _____	พยาน _____
(ผู้รับมอบอำนาจลงนามแทนผู้ถือกรมธรรม์)	( _____ )
( _____ )	( _____ )

(สำหรับเจ้าหน้าที่ บมจ. อลิอันซ์ อยุธยา ประกันชีวิต)

ปรับปรุงข้อมูลในระบบ โดย \_\_\_\_\_ แล้วเสร็จเมื่อวันที่ \_\_\_\_\_

หมายเหตุ \_\_\_\_\_