



บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ ราม 9 ชั้น 1, 22-27
ถนนพหลโยธิน แขวงสามยุค แขวงสามยุค กรุงเทพมหานคร 10310
ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159 ทะเบียนเลขที่ 0107555000376
www.krungthai-axa.co.th

ใบคำขอเปลี่ยนแปลงและ/หรือต่ออายุกรมธรรม์ Service request form

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ -

ผู้ที่สามารถดำเนินการเปลี่ยนแปลงข้อมูลในกรมธรรม์ได้ / Who can complete this form ผู้เอาประกันภัย หรือ ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยหรือผู้รับโอนสิทธิ / Policyholder or Assignee, whichever is applicable. ข้อมูลอะไรบ้างที่ต้องระบุ / What information to be provided หมายเลขกรมธรรม์, ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัยและรายละเอียดที่ต้องการเปลี่ยนแปลง / Detail of request and all the policy numbers you want this request to cover	ชื่อ-นามสกุล ผู้ให้บริการ Distributor name รหัสผู้ให้บริการ Distributor Code โทรศัพท์มือถือ Mobile No.
---	--

ขั้นตอนการใช้บริการ / Simple steps to file a request

- 1) เลือกบริการที่ต้องการ / Select your request
- 2) กรอกข้อมูลให้ครบถ้วน / Complete this form
- 3) ลงลายมือชื่อ(ลายเซ็น)ให้เหมือนกับที่ไว้กับบริษัทฯ / Sign the form and use the same signature as recorded in the policy file
- 4) ส่งใบคำขอเปลี่ยนแปลงนี้มายังบริษัทหรือส่งผ่านผู้ให้บริการของท่าน / Mail to Krungthai-AXA Life Insurance office or submit to your agent

รายละเอียดกรมธรรม์ / My policy information

ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย Full Name of insured	
เลขประจำตัวประชาชน ID card No./Passport No.	
ชื่อ-นามสกุล ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย Full Name of Owner	
เลขประจำตัวประชาชน ID card No./Passport No.	

1. ประเภทการบริการที่ต้องการ (กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน) My Request for change (Please select and only complete the section required)

☐ ขอเปลี่ยนแปลงที่อยู่ และข้อมูลการติดต่อ Contact Information	☐ ขอเปลี่ยนวิธีการรับเงินจ่ายเงิน / เงินปันผล / ถอนเงินจ่ายเงิน / เงินปันผล Dividend option / Dividend Withdrawal
☐ ขอเปลี่ยนแปลงข้อมูลส่วนบุคคล Update my personal information	☐ ขอใช้สิทธิมูลค่ากรมธรรม์ Non-Forfeiture Option
☐ ขอเปลี่ยนงวด / วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย Payment mode / Method	☐ ขอต่ออายุ / กลับคืนสถานะกรมธรรม์ Policy reinstatement
☐ ขอชำระเบี้ยเพิ่มเติมพิเศษกรมธรรม์ยูนิเวอร์แซลไลฟ์ Top up for UL	☐ ขอถอนมูลค่ากรมธรรม์ประกันภัย (กรมธรรม์ยูนิเวอร์แซลไลฟ์) Account value withdrawal (For Universal Life Only)
☐ ขอเปลี่ยนแปลงผู้รับผลประโยชน์ Beneficiary	☐ เปลี่ยนแปลงอื่นๆ Other
☐ เปลี่ยนแบบประกันภัย/จำนวนเงินเอาประกันภัย/เบี้ยประกันภัยหลัก (UL)/สัญญาเพิ่มเติม Basic plan / Sum insured / Premium (UL) / Rider	

2. ขอเปลี่ยนแปลงที่อยู่ และข้อมูลการติดต่อ / Please update my contact information

อีเมล E-mail Address	
โทรศัพท์ที่ทำงาน Office	
โทรศัพท์บ้าน Residence	
โทรศัพท์มือถือ Mobile	

ที่อยู่ปัจจุบัน สำหรับติดต่อและส่งเอกสาร Current address and Mailing correspondence

เลขที่, หมู่บ้าน/อาคาร Address No., Village/Building		ซอย, ถนน Soi, Road	
ตำบล/แขวง Sub-district		อำเภอ/เขต District	
จังหวัด Province		รหัสไปรษณีย์ Postal Code	

☐ ข้าพเจ้าไม่ยินยอมให้บริษัทส่งจดหมายและข้อมูลข่าวสารผ่านอีเมล I do not allow KAL sends news and notifications via email





3. ขอเปลี่ยนแปลงข้อมูลส่วนบุคคล / Update my personal information

☐ ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย Insured name	☐ ชื่อ-นามสกุล ผู้ชำระเบี้ยประกัน Owner name
☐ เลขที่บัตรประชาชน / เลขที่หนังสือเดินทาง ID card / Passport No	☐ เลขที่บัตรประชาชน / เลขที่หนังสือเดินทาง ID card / Passport No
☐ วัน เดือน ปีเกิด Date of Birth	☐ วัน เดือน ปีเกิด Date of Birth
☐ เปลี่ยนแปลงลายเซ็นผู้เอาประกันภัย Insure Signature	☐ เปลี่ยนแปลงลายเซ็นผู้ชำระเบี้ยประกัน Owner Signature

กรุณแนบหลักฐานทางราชการมาพร้อมใบคำขอเปลี่ยนแปลงฉบับนี้สำหรับการเปลี่ยนชื่อ สกุล /
Please submit relevant document proof together with this application for change of name

4. ขอเปลี่ยนงวดการชำระเบี้ย / วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย Payment mode / Method



เปลี่ยนงวดการชำระเบี้ยประกันภัย / Change of payment mode

☐ รายปี / Annual ☐ ราย 6 เดือน / Semi annual ☐ ราย 3 เดือน / Quarter ☐ รายเดือน / Monthly

งวดการชำระรายเดือนจะต้องมีเบี้ยประกันขั้นต่ำ 650 บาทต่อเดือนและต้องหักชำระเบี้ยประกันผ่านบัญชีธนาคารหรือหักบัญชีบัตรเครดิตอัตโนมัติเท่านั้น /
Monthly mode must have premium at least THB650 per month and apply payment method for direct debit or credit card recurring only



เปลี่ยนวิธีการชำระเบี้ยประกันภัย / Change of payment method

☐ หักบัญชีธนาคารอัตโนมัติ / Bank Autopay

โปรดส่งแบบฟอร์มหนังสือยินยอมหักค่าเบี้ยประกันภัยอัตโนมัติพร้อมลงนามและสำเนาสมุดบัญชีธนาคาร
Please submit automatic insurance premiums deduction via bank account form and copy of bank passbook



5. ขอชำระเบี้ยเพิ่มเติมพิเศษ กรมธรรม์ยูนิเวอร์แซลไลฟ์ / Top up for UL

☐ ขอชำระเบี้ยประกันภัยเพิ่มเติมพิเศษ จำนวน บาท / Top up for UL



6. เปลี่ยนแปลงผู้รับประโยชน์ / Beneficiary

ชื่อ-นามสกุล ผู้รับประโยชน์ Full name of beneficiary	ว/ด/ป เกิด Date of Birth	อายุ Age	ความสัมพันธ์กับ ผู้เอาประกันภัย จำเป็นต้องระบุ / Relationship to Insured	ร้อยละ (%) Share (%)	เลขประจำตัวประชาชน Beneficiary Identity No.

ขอเปลี่ยนผู้รับประโยชน์ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ จากเดิมทั้งหมดเป็นผู้รับประโยชน์ตามรายชื่อที่ได้ระบุใหม่ทั้งหมดดังนี้ หากผู้รับประโยชน์คนใหม่ไม่ใช่
บิดา มารดา สามี ภรรยา หรือบุตรของผู้เอาประกันภัยการเปลี่ยนตัวผู้รับประโยชน์จะมีผลเมื่อได้รับความเห็นชอบจากบริษัทฯ แล้วเท่านั้น /

Beneficiaries name as this change will supersede the previous designation and beneficiary change will be effective when getting the approval from
the company only , if the new beneficiary is not father , mother , husband , wife or child of insured





7. เปลี่ยนแบบประกันภัย / จำนวนเงินเอาประกันภัย / เบี้ยประกันภัยหลัก (UL) / สัญญาเพิ่มเติม Basic plan / Sum insured / Premium / (UL) / Rider

เปลี่ยนแบบประกันภัย / จำนวนเงินเอาประกันภัย / เบี้ยประกันภัยหลัก (UL) Basic plan / Sum insured / Basic Premium (UL)

- ☐ ขอเปลี่ยนแบบประกันภัยจากเดิม เป็น / Change of plan
- ☐ ขอเปลี่ยนจำนวนเงินเอาประกันภัยจากเดิม เป็น / Change of sum insure
- ☐ ขอเปลี่ยนเบี้ยประกันภัยหลักยูนิเวอร์แซลไลฟ์ เป็น / Change of UL basic premium



ขอซื้อสัญญาเพิ่มเติม / Rider additional

สัญญาเพิ่มเติม / Rider	จำนวนเงินเอาประกันภัย / Sum Insured



ขอยกเลิก หรือ เปลี่ยนแปลง สัญญาเพิ่มเติม / Rider cancellation or Rider Sum insured change

สัญญาเพิ่มเติม / Rider name	ยกเลิก / Cancel	เปลี่ยนแปลง Coverage change	จำนวนเงินเอาประกันภัยใหม่ New Sum Insured
	☐	☐	
	☐	☐	
	☐	☐	
	☐	☐	

การเปลี่ยนแปลงแบบประกันและจำนวนเงินเอาประกันภัยของกรมธรรม์รายสามัญจะสามารถดำเนินการได้ ณ วันครบรอบปีกรมธรรม์ การเพิ่มทุนประกันจะทำได้ ณ สิ้นปีกรมธรรม์แรกและกรมธรรม์ดังกล่าวยังไม่มียอดค่าเงินสดเกิดขึ้น Request for change plan and sum insured amount of ordinary life policy can only be done at the policy anniversary which sum insure increasing will be applicable only at 1st policy anniversary and no cash value



8. ขอเปลี่ยนวิธีการรับเงินจ่ายเงิน / เงินปันผล / Dividend option ,ถอนเงินจ่ายเงิน / เงินปันผล Dividend Withdrawal

- ☐ 1. รับเงินสด / Cash ☐ 2. นำไปชำระเบี้ยประกันภัย / Premium reduction ☐ 3. คงไว้กับบริษัท / Accumulate
- ☐ ขอลงเงินจ่ายเงิน / เงินปันผล จำนวน บาท / Dividend Withdrawal
- โอนเข้าบัญชีธนาคาร เลขที่บัญชี ชื่อบัญชี
- โปรดแนบสำเนาบัญชีธนาคารหน้าแรก



9. ขอใช้สิทธิมูลค่ากรมธรรม์ / Non-Forfeiture Option

- ☐ ขอเปลี่ยนกรมธรรม์เป็นแบบขยายระยะเวลา / (ETI) I want to change my plan to Extended Term insurance plan
- ☐ ขอเปลี่ยนกรมธรรม์เป็นแบบใช้เงินสำเร็จ / (RPU) I want to change my plan to Reduce Paid Up insurance plan



10. ขอต่ออายุ / กลับคืนสถานะกรมธรรม์ / Policy reinstatement

- ☐ ขอต่ออายุกรมธรรม์แบบย้อนหลัง / Backdate
- ☐ ขอต่ออายุกรมธรรม์ แบบเปลี่ยนวันเริ่มสัญญา / Redate
- ☐ ขอกลับมาชำระเบี้ยประกันภัยจากการหยุดพักชำระเบี้ยประกันภัย / Resume from premium holiday for UL



ขอเปลี่ยนตัวแทนผู้ให้บริการ เป็น / Change servicing agent to

รหัสผู้ให้บริการ / Agent code



11. ขอลงมูลค่ากรมธรรม์ประกันภัย(กรมธรรม์ยูนิเวอร์แซลไลฟ์) Account value withdrawal (For Universal Life Only)

- ☐ ขอลงมูลค่ากรมธรรม์ประกันภัย จำนวน บาท / Account value withdrawal
- ☐ ประสงค์โอนเข้าบัญชีธนาคาร (โปรดแนบสำเนาบัญชีธนาคารหน้าแรก) Transfer to bank account
- ธนาคาร เลขที่
- ชื่อบัญชี

12. ขอเปลี่ยนแปลงอื่นๆ / Other change not mentioned in the above section



คำยินยอมและตกลงเพื่อยินยอมทำตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act ของสหรัฐอเมริกา (กฎหมาย FATCA) / Agreement to comply with Foreign Account Tax Compliance Act of United State of America (FATCA)

ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) อาจมีข้อมูลที่ต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA ในการนี้ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA / I acknowledged that Krungthai-AXA Life Insurance PCL (“KAL”) has binding to comply with FATCA. As a result, I hereby agree that KAL may take one or more of the following actions for the purpose of ensuring that KAL complies with FATCA.

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล / Agreement provide information and to notify the change in status or information

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA / I hereby accepted and agree that KAL discloses any information to any governmental agency whether inside or outside of Thailand for the purpose of complying with FATCA.

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด / I hereby accepted and agree to provide KAL any additional information that KAL has made a request in writing within the specified timeframe.

ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล / I agree to notify KAL of any changes in my status or information from what was previously given to KAL for the case that such change is associated with the United States within 30 days from the date of change

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล / Failure to Provide Information

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA / If I fail to provide information, I accept and agree that KAL may withhold taxes from any payment that I am entitled to receive under the policy as required by FATCA.

ในกรณีที่บริษัทจะใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัทต้องส่งหนังสือบอกกล่าวให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใดๆ หรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 15 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว ถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าวให้บริษัทมีสิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ได้ ทั้งนี้ การส่งหนังสือแจ้งการใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายและการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่อยู่ที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ / In case KAL will withhold taxes as required by FATCA, KAL must make a request in writing that I am to submit any evidence or issued a certification letter that I am not obligated to pay taxes in the US within 15 days after receiving the written notice. If I fail to act as requested, KAL will has the right to withhold taxes from any payment I am entitled to under the policy as specified by FATCA. The request in writing by KAL will be sent via registered mail to the address that I have given to the company.

การให้คำยืนยันและการมอบอำนาจของผู้เอาประกันภัย / Declaration and authorization of the insured.

การให้คำยืนยันและการมอบอำนาจของผู้เอาประกันภัย / Declaration and authorization of the insured.

1. ข้าพเจ้าขอให้คำยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเปลี่ยนแปลงนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าหากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์

I confirm that all information provide in this policy change form including all statement given to the doctor is true. I understand that if I declare any false fact, the company is able to refuse the insurance and policy payment.

2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือที่จะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้

I consent to the doctor or other insurance companies or hospitals keeping my health record to provide my health records to the company or company's representative in purpose of insurance application or policy proceeds.

3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงาน ที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้

I permit to the company to file, use and disclose my health record as well as my personal information to the company, re-insurance company or any legally authorized person or doctor in order to apply for the insurance, proceeds or medical benefit payment.

ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกัน/ผู้รับโอน Signature of Insured / Owner / Assignee	วัน เดือน ปี Date	ลายมือชื่อพยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต Signature of Witness / Agent / License Broker	วัน เดือน ปี Date

การติดตามสถานะ การเปลี่ยนแปลง / Track status of up your request

หากท่านต้องการติดตามสถานะ การเปลี่ยนแปลงหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติม สามารถติดต่อได้ตามช่องทางดังต่อไปนี้



www.krungthai-axa.co.th



ลูกค้าสัมพันธ์ โทร 1159



customer.care@krungthai-axa.co.th

