



# บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

สำนักงานใหญ่ 170/74-83 อาคารโอเรียนทาวเวอร์ 1 ถนนรัชดาภิเษก เขตคลองเตย กทม. 10110  
โทร. 0-2261-2300 แฟกซ์ 0-2261-3344 www.ocean.co.th E-mail : info@ocean.co.th ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ 0-2207-8888

## หนังสือขอเปลี่ยนแปลง

กรมธรรม์ประกันชีวิตกลุ่มเลขที่..... วันที่.....  
ทำที่.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... ขอเปลี่ยนแปลงข้อความเกี่ยวกับการประกันชีวิตกลุ่ม ดังต่อไปนี้ [กา ✓ ในส่วนที่ต้องการให้บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ดำเนินการ]

ขอเปลี่ยนผู้รับประโยชน์จากเดิมเป็น

ชื่อ-สกุลผู้รับประโยชน์	ความสัมพันธ์	ที่อยู่ผู้รับประโยชน์
1. ....	.....	.....
2. ....	.....	.....
3. ....	.....	.....
4. ....	.....	.....

เพิ่มผู้รับประโยชน์

ชื่อ-สกุลผู้รับประโยชน์	ความสัมพันธ์	ที่อยู่ผู้รับประโยชน์
1. ....	.....	.....
2. ....	.....	.....
3. ....	.....	.....

## ขอเปลี่ยนชื่อ-สกุล ของผู้เอาประกัน และ/หรือผู้รับประโยชน์

สมาชิกผู้เอาประกัน เปลี่ยนชื่อ-สกุล

ขอเปลี่ยนชื่อ-สกุล จาก ..... เป็น .....

ผู้รับประโยชน์ เปลี่ยนชื่อ-สกุล

ขอเปลี่ยนชื่อ-สกุล จาก 1. .... เป็น .....

จาก 2. .... เป็น .....

จาก 3. .... เป็น .....

## ขอเปลี่ยนบัญชีธนาคารของผู้เอาประกัน

ขอเปลี่ยนเลขที่บัญชีธนาคาร จากเดิมเป็น (พร้อมแนบสำเนาหน้าบัญชีธนาคาร)

ชื่อบัญชี	ธนาคาร	สาขา	เลขที่บัญชี
.....	.....	.....	.....

ลงชื่อ ..... พยาน                      ลงชื่อ ..... ผู้เอาประกันชีวิตกลุ่ม  
(.....)    (.....)

ลงชื่อ ..... พยาน                      ลงชื่อ ..... ผู้แทนนายจ้าง/ผู้ถือกรมธรรม์  
(.....)    (.....)