



ace insurance

บริษัท เอช อินซัวรันซ์ จำกัด

โทรศัพท์ 0-2611-4000

990 อาคารอับดุลราฮิมเพลซ ชั้น 8

โทรสาร 0-2611-4444

ถนนพระรามสี่ แขวงสีลม

เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

Fax No.:

ไปรษณีย์: ธรรมดา ลงทะเบียน EMS

เรื่อง กรมธรรม์ประกันภัย แผน _____

เครดิตการ์ดเลขที่ _____

เรียน ผู้จัดการแผนกบริการ

ข้าพเจ้า **SOMBATI SUBHATJAYA**

หมายเลขไอดี _____

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ _____

AC3TH000059976

มีความประสงค์

ขอแจ้ง แก้ไข ระบุ เปลี่ยนแปลง เพิ่มเติมผู้รับผลประโยชน์ (ระบุภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)

1 _____

2 _____

3 _____

ขอเปลี่ยนแปลงแผนการประกันภัยแผน _____ พิเศษ/เบี้ย _____ มาตรฐาน/เบี้ย _____

ขอเปลี่ยนแปลงประเภทความคุ้มครองเป็น สมาชิกบัตรท่านเดียว สมาชิกบัตรและครอบครัว

ชื่อ-สกุล ของคู่สมรส (ภาษาอังกฤษ) _____

วัน/เดือน/ปี เกิด _____

ชื่อ-สกุล ของบุตร (ภาษาอังกฤษ) _____

วัน/เดือน/ปี เกิด _____

ชื่อ-สกุล ของบุตร (ภาษาอังกฤษ) _____

วัน/เดือน/ปี เกิด _____

ขอเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการชำระเบี้ยประกันภัยเป็น รายเดือน รายปี เบี้ยประกัน _____

ขอเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการชำระเบี้ยประกันภัย โดยชำระผ่านธนาคารไทยพาณิชย์, ธนาคารกสิกรไทย (ตามแบบฟอร์มการชำระเงินของบริษัท) ราย 3 เดือน ราย 6 เดือน รายปี

ขอเปลี่ยนแปลง ชื่อ-สกุล ของคู่สมรส (ภาษาอังกฤษ) เป็น _____

ขอเปลี่ยนแปลง หมายเลขบัตรเครดิตเป็น _____ เดือน/ปีที่บัตรหมดอายุ _____

ธนาคาร _____

ประเภทบัตร _____

มีผลบังคับใช้ตั้งแต่ _____

ขอกลับคืนสู่สภาพการเป็นผู้เอาประกันภัยของกรมธรรม์ประกันภัยโดยชำระเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิต

ธนาคาร _____

หมายเลขบัตร _____

เดือน/ปีที่บัตรหมดอายุ _____

มีผลบังคับใช้ตั้งแต่ _____

อื่น ๆ _____

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และโปรดดำเนินการส่งใบสลิปหลังการแก้ไขเปลี่ยนแปลง ตามที่ข้าพเจ้าต้องการ

ลงชื่อ _____

กรุณาแจ้งกลับหมายเลข 02-611-4444

(_____)

ผู้ถือกรมธรรม์

จัดส่งโดย _____

แผนก CUSTOMER SERVICE

วันที่ _____

ACS

AFW

SIAM

TCS

SCS

บริษัท เอช อินซ์เวิร์นซ์ จำกัด
990 อาคารอับดุลราฮิมเพลซ ชั้น 8
ถนนพระรามสี่ แขวงสีลม
เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

โทรศัพท์ 0-2611-4000
โทรสาร 0-2611-4444