



บริษัท บupa ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)  
Bupa Health Insurance (Thailand) Public Company Limited

**คำขอเปลี่ยนแปลงรายละเอียดกรมธรรม์/ Request to amend information concerning policy.**

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่/Contract No. \_\_\_\_\_

ชื่อผู้เอาประกันภัย(Subscriber) / ชื่อบริษัท (Company name) \_\_\_\_\_

**ต้องการแจ้งทำการเปลี่ยนแปลงแก้ไขเรื่อง / Request to amend information concerning about :**

<b>1.ชื่อ-นามสกุล / First Name &amp;Last Name</b>	1.(เดิม) ชื่อ/Name _____ นามสกุล/Last Name _____ (ใหม่/New) ชื่อ/สกุล (Name) _____ 2.(เดิม)ชื่อ/Name _____ นามสกุล/Last Name _____ (ใหม่/New) ชื่อ/สกุล (Name) _____
<b>2.ชื่อบริษัท / Company name</b> วันที่มีผลบังคับ / Effective date	_____ Date : _____
<b>3.ที่อยู่ / Address</b>	_____ _____ _____
<b>4.เบอร์โทรศัพท์,เบอร์แฟกซ์ / Tel., Fax No.</b>	โทร./Tel _____ แฟกซ์/Fax _____
<b>5.ชื่อผู้รับผลประโยชน์/Name of Beneficiary</b>	1.ชื่อ-นามสกุล/ _____ ความสัมพันธ์ _____ First Name &Last Name Relation to the insured 2.ชื่อ-นามสกุล _____ ความสัมพันธ์ _____ First Name &Last Name Relation to the insured
<b>6.แจ้งเอกสารหาย / Loss of cards or policy</b> ..... 1.บัตรประกันสุขภาพ / Bupa Card ..... 2.บัตร SOS / SOS International Card ..... 3.กรมธรรม์/Policy ..... 4.อื่นๆ / Others. ....	1. เลขที่บัตร/Bupa Card no ..... ชื่อ / Name _____ 2. เลขที่บัตร/Bupa Card no ..... ชื่อ / Name _____ 3. เลขที่บัตร/Bupa Card no ..... ชื่อ / Name _____ 4. เลขที่บัตร/Bupa Card no ..... ชื่อ / Name _____ (กรุณานำบัตรพร้อมใบแจ้งความ/ Please enclosed with the of police's notice)
<b>7.แจ้งยกเลิกกรมธรรม์/ Policy Cancellation</b>	วันที่มีผลบังคับ/Effective Date _____ เพราะ/Reason _____ (กรุณาส่งบัตรและกรมธรรม์คืนบริษัท บupa ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) และบริษัทจะคืนค่าเบี้ยประกันส่วนที่เหลือให้ต่อเมื่อได้รับบัตรสมาชิกคืนแล้วเท่านั้น โดยจะคำนวณเบี้ยจากวันที่ได้รับบัตรคืน Please returned both card and policy to Bupa Health Insurance (Thailand) Limited Public Company Limited and we will be issued to refund the remaining premium only when the card is returned to us already. Premium will be calculated from the date which card is obtained.)
<b>8.อื่นๆ / Other</b>	_____ _____

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ/ All the above statement are true and complete.

ลงชื่อผู้รายงาน/ประทับตราบริษัท.....

Signature/Company stamp

วัน/เดือน/ปี.....

Date

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ.....

Signature

วัน/เดือน/ปี.....

Date

สำหรับเจ้าหน้าที่: / For staff only: