

## แบบฟอร์มการแจ้งเปลี่ยนแปลงข้อมูลกรมธรรม์ / CHANGE OF POLICY INFORMATION FORM

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ / Policy No. : .....

ใบรับรองเลขที่ / Certificate No. : .....

ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย / Policy Holder Name : .....

กรณีเปลี่ยนแปลง หรือแก้ไข ชื่อ-นามสกุล ของผู้เอาประกันภัย / Changing or Correcting Name-Surname of Insured Person :

ชื่อผู้เอาประกันภัยเดิม /  นาย/Mr.  นาง/Mrs.  นางสาว/Ms.  อื่นๆ/Other .....

Old Name of Insured Person

ชื่อผู้เอาประกันภัยที่ถูกต้อง /  นาย/Mr.  นาง/Mrs.  นางสาว/Ms.  อื่นๆ/Other .....

Correct Name of Insured Person

กรณีเปลี่ยนแปลง หรือแก้ไข วัน/เดือน/ปีเกิด ของผู้เอาประกันภัย / Changing or Correcting Date of Birth Insured Person :

จาก / From : ..... เป็น / To : .....

กรณีเปลี่ยนแปลง หรือแก้ไข เลขประจำตัวของผู้เอาประกันภัย / Changing or Correcting Identification No. of Insured Person :

จาก / From : passport ..... workpermit ..... ci ..... bt .....

เป็น / To : passport ..... workpermit ..... ci ..... bt .....

กรณีเปลี่ยนแปลง หรือแก้ไข ที่อยู่ / Changing or Correcting of Address :

จาก / From : : .....

เป็น / To : : .....

เบอร์โทรศัพท์ / Telephone No. :	บ้าน/Home	ที่ทำงาน/Office	โทรศัพท์เคลื่อนที่/Mobile
---------------------------------	-----------	-----------------	---------------------------

อีเมล / E-Mail Address : .....

กรณีเปลี่ยนแปลง หรือแก้ไข อื่นๆ (ถ้ามี) / Other Changing or Correcting (If have) : .....

ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย / Signature of Insured Person

วันที่ / Date



OUR CONTACT  
INFORMATION

บริษัท แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน)  
152 อาคารชาร์เตอร์สแควร์ ชั้น 21  
ห้อง 21-01 ถนนสาทรเหนือ แขวงสีลม  
เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

Pacific Cross Health Insurance PCL  
152 Chartered Square Building 21st Floor,  
Room 21-01, North Sathorn Road, Silom,  
Bangrak, Bangkok 10500

Tel: +662 401 9189  
Fax: +662 401 9187  
www.PacificCrossHealth.com