



ใบคำขอออกเอกสารแนบท้าย / ใบคำขอยกเลิกกรมธรรม์

เลขที่กรมธรรม์ ACCOUNT CODE

ชื่อผู้เอาประกันภัย

กรมธรรม์ประเภท CMI VMI PA HC OA FIRE IAR

ส่วนที่ 1 : รายการขอแก้ไข

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย | <input type="checkbox"/> 5. เปลี่ยนแผนการประกันภัย | <input type="checkbox"/> 9. เบี้ยประกันภัย |
| <input type="checkbox"/> 2. ที่อยู่ผู้เอาประกันภัย | <input type="checkbox"/> 6. จำนวนเงินจำกัดความรับผิด | <input type="checkbox"/> 10. เพิ่ม/ลด/ยกเลิกตามสัญญาภัยเพิ่ม |
| <input type="checkbox"/> 3. ผู้รับผลประโยชน์ | <input type="checkbox"/> 7. เพิ่มทุนประกันภัย | <input type="checkbox"/> 11. ยกเลิกกรมธรรม์ |
| <input type="checkbox"/> 4. วันเริ่มคุ้มครอง | <input type="checkbox"/> 8. ลดทุนประกันภัย | <input type="checkbox"/> 12. อื่นๆ (โปรดระบุ)..... |

รายละเอียดเดิม	รายละเอียดใหม่

เริ่มมีผลบังคับตั้งแต่วันที่ สิ้นสุดวันที่

ผู้แจ้ง : / วันที่ เวลา ผู้รับแจ้ง : / วันที่ เวลา

STAFF USE ONLY

ส่วนที่ 2 : การยกเลิกกรมธรรม์ (ระบุเหตุผลตามรายละเอียดข้างล่าง)

- | | | |
|-------------------------------|---|---|
| เนื่องจากการจัดการ | <input type="checkbox"/> CA (ผิดพลาดภายใน / พิมพ์ผิด) | <input type="checkbox"/> CB (ลูกค้าขอแก้ไขเอกสาร / ข้อมูล) |
| MSIG เป็นผู้ยกเลิก | <input type="checkbox"/> CC (ตัวแทนไม่ชำระเบี้ย) | <input type="checkbox"/> CD (ผู้เอาประกันไม่ชำระเบี้ย) |
| | <input type="checkbox"/> CE (สินไหมสูง ไม่สามารถรับเสียหายได้) | <input type="checkbox"/> CF (ทรัพย์สินเสียหายโดยสิ้นเชิง) |
| ตัวแทน/นายหน้าขอยกเลิก | <input type="checkbox"/> CG (ตัวแทนย้ายบริษัทประกัน) | <input type="checkbox"/> CH (ตัวแทนเปลี่ยนข้อมูล / แจ้งออกข่าว) |
| ลูกค้าเป็นผู้ยกเลิก | <input type="checkbox"/> CJ (ขายทรัพย์สิน / ไม่มีส่วนได้เสียแล้ว) | <input type="checkbox"/> CR (เปลี่ยนแผนความคุ้มครอง) |
| | <input type="checkbox"/> CK (ติดภาระผูกพันหรือนโยบายลูกค้า) | <input type="checkbox"/> CL (ไม่พอใจเบี้ย / เงื่อนไขความคุ้มครอง) |
| ลูกค้าเป็นผู้ยกเลิก | <input type="checkbox"/> CM (ไม่พอใจบริการของตัวแทน) | <input type="checkbox"/> CN (เคลมไม่สะดวก / ล่าช้า) |
| (เนื่องจากการบริการ) | <input type="checkbox"/> CO (ไม่พอใจนโยบายการจ่ายเคลม) | <input type="checkbox"/> CS (ไม่พอใจบริการกรมธรรม์) |
| | <input type="checkbox"/> CQ (ติดต่อกับ MSIG ไม่สะดวก / ล่าช้า) | |

CHECKED CLAIM BY : / วันที่ RESULT :

ไม่เกิน 60 วัน : ผู้อนุมัติ / วันที่ เกิน 60 วัน : ผู้อนุมัติ / วันที่