



บริษัท เซาท์ไชน่า พร็อพเพอร์ตี้
อินชัวร์نس จำกัด
(華南產物保險股份有限公司)
SOUTH CHINA INSURANCE CO., LTD.

สำนักงานใหญ่(總公司): เลขที่ 560 ชั้น 5
ถนนจงเจียวตงลุ่แยกสี่ กรุงไทเป(台北市忠孝
東路四段 560 號 5 樓)
หมายเลขโทรศัพท์(電話): (02) 2756-2200
(หมายเลขตัวแทน) (代表號)
เว็บไซต์(網址): https://www.south-
china.com.tw

ฉบับ 11/2024
(113.11 版)

แบบขอเปลี่ยนแปลงรายละเอียดสัญญาประกันภัย
(保險契約內容變更申請書)

ข้าพเจ้าขอแก้ไขเงื่อนไขสัญญาประกันภัยดังต่อไปนี้ และตกลงว่า
การแก้ไขสัญญาจะเริ่มมีผลบังคับใช้หลังจากบริษัทอนุมัติแล้วเท่านั้น
(茲申請下列保險契約內容變更，並同意本契約之變更自本公司審核通過後始得生效。)

| เลขที่กรมธรรม์ (保單號碼) | เลขที่ใบสลัก ลังกรมธรรม์ (批單號碼) | ผู้ถือกรมธรรม์ (要保人) | ผู้เอาประกัน ภัย (被保險人) | | |
|---|--|--|-----------------------------------|---|--|
| หลังจากบริษัทลงชื่อในหนังสือคำขอลฉบับนี้แล้วจะประกอบเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาฉบับเดิม โดยการเปลี่ยนแปลงรายละเอียดสัญญาที่มีดังนี้ (本申請書經 貴公司同意簽章後構成原契約之一部份，其契約內容變更如下) | | | | | |
| 1 | การเปลี่ยนแปลงข้อมูลของผู้ ถือกรมธรรม์ (要保人資料變更) (คำอธิบายการกรอกข้อมูลข้อ 1, 2) (詳填寫說明 1、2) | ชื่อสกุล(姓名): _____ ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย(與被保險人關係): <input type="checkbox"/> ตนเอง(本人) <input type="checkbox"/> คู่สมรส(配偶) <input type="checkbox"/> บิดา(父母) <input type="checkbox"/> บุตรธิดา(子女) <input type="checkbox"/> อื่นๆ(其他) เลขประจำตัวประชาชน(身分證字號(統一編號)): _____ วันเกิด(出生日期): วันที่(年) _____ เดือน(月) _____ ปี(日) _____ ตัวแทนนิติบุคคล(法人代表人) _____ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน(戶籍地址) □□□ _____ ที่อยู่ปัจจุบัน(聯絡地址) □□□ _____ หมายเลขโทรศัพท์(電話): (บ้าน)(住家) _____ (บริษัท)(公 司) _____ (มือถือ)(手機) _____ | | | |
| 2 | การเปลี่ยนแปลงข้อมูลของผู้ เอาประกันภัย (被保險人資料變更) (คำอธิบายการกรอกข้อมูลข้อ 2) (詳填寫說明 2) | ชื่อสกุล(姓名): _____ เลขประจำตัวประชาชน(身分證字 號): _____ วันเกิด(出生日期): วันที่(年) _____ เดือน(月) _____ ปี(日) _____ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน(戶籍地址) □□□ _____ ที่อยู่ปัจจุบัน(聯絡地址) □□□ _____ หมายเลขโทรศัพท์(電話): (บ้าน)(住家) _____ (บริษัท)(公 司) _____ (มือถือ)(手機) _____ สถานที่ทำงาน(服務機構) _____ ตำแหน่ง(職稱) _____ รายละเอียดงาน(工 作內容) _____ | | | |
| 3 | การเปลี่ยนแปลงข้อมูลผู้รับผล ประโยชน์หลังการเสียชีวิต (身故受益人資料變更) (คำอธิบายการกรอกข้อมูลข้อ 3) (詳填寫說明 3) | ชื่อสกุล (姓名) | เลขประจำตัวประ ชาชน (身分證字號) | ความสัมพันธ์กับผู้เอ าประกันภัย (與被保險人關係) | วิธีการจัดสรร (分配方式) (คำอธิบายการกรอกข้อมูลข้อ 4) (詳填寫說明 4) |
| | | | | | <input type="checkbox"/> จัดสรรเท่ากัน (均分) <input type="checkbox"/> ตามลำดับ (順 位 1) <input type="checkbox"/> สัดส่วน (比例) _____ % |
| | | | | | <input type="checkbox"/> จัดสรรเท่ากัน (均分) <input type="checkbox"/> ตามลำดับ 2 (順 位 2) <input type="checkbox"/> สัดส่วน (比例) _____ % |
| | | | | | <input type="checkbox"/> จัดสรรเท่ากัน (均分) <input type="checkbox"/> ตามลำดับ 3 (順 位 3) <input type="checkbox"/> สัดส่วน (比例) _____ % |
| | | | | | <input type="checkbox"/> จัดสรรเท่ากัน (均分) <input type="checkbox"/> ตามลำดับ 4 (順 位 4) <input type="checkbox"/> สัดส่วน (比例) _____ % |
| หากไม่ได้ระบุคู่สมรส ญาติสายตรง หรือทายาทตามกฎหมาย กรุณาอธิบายเหตุผลที่ระบุบุคคลดังกล่าว(非指定配偶、直系親屬、或法定繼承人，請說 明指定原因): _____ | | | | | |
| ที่อยู่ติดต่อผู้รับผลประโยชน์หลังการเสียชีวิต(身故受益人聯絡地 | | | | | |



**บริษัท เซาท์ไชน่า พร็อพเพอร์ตี้
อินชัวร์นส์ จำกัด
(華南產物保險股份有限公司)
SOUTH CHINA INSURANCE CO., LTD.**

สำนักงานใหญ่(總公司): เลขที่ 560 ชั้น 5
ถนนจงเจียวตงลูแยกสี่ กรุงไทเป(台北市忠孝
東路四段 560 號 5 樓)
หมายเลขโทรศัพท์(電話): (02) 2756-2200
(หมายเลขตัวแทน) (代表號)
เว็บไซต์(網址): <https://www.south-china.com.tw>

| | | |
|---|---|---|
| | | <p>址) _____ หมายเลขโทรศัพท์(電話) _____</p> <p>※กรณีที่ระบุผู้รับประโยชน์ตามลำดับความสัมพันธ์ และหากผู้ถือกรมธรรม์ไม่ประสงค์จะกรอกที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ของผู้รับประโยชน์ บริษัทจะใช้ข้อมูลการติดต่อล่าสุดของผู้ถือกรมธรรม์เป็นช่องทางหลักในการแจ้งข้อมูลให้แก่ผู้รับประโยชน์เมื่อมีการจ่ายเงินสินไหมทดแทนกรณีในอนาคต</p> <p>(身故保險金受益人如係身分別之指定及如有要保人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，則以要保人最後所留之聯絡方式，作為日後身故保險金受益人之通知依據。)</p> |
| 4 | การเปลี่ยนแปลงลักษณะของ กรมธรรม์ (保單性質變更) | <p><input type="checkbox"/> กรมธรรม์ฉบับกระดาษ (紙本實體保單) <input type="checkbox"/> กรมธรรม์ฉบับอิเล็กทรอนิกส์(電子保單) <input type="checkbox"/></p> <p>การเปลี่ยนแปลงอีเมล(電子郵件變更)</p> <p>(ผู้ที่ต้องการเปลี่ยนแปลงกรมธรรม์ฉบับอิเล็กทรอนิกส์หรืออีเมล กรุณากรอกอีเมล) (申請電子保單或電子郵件變更者，請續填 E-mail)</p> <p>E-mail: _____</p> |
| 5 | การต่ออายุประกันภัยอัตโนมัติ (自動續保) | <p><input type="checkbox"/> ยกเลิกการต่ออายุประกันภัยอัตโนมัติ (取消自動續保)</p> <p><input type="checkbox"/> ดกลงให้ต่ออายุประกันภัยอัตโนมัติ (同意自動續保)</p> |
| 6 | การเปลี่ยนแปลงวิธีการลงชื่อ และประทับตรา (簽章方式變更) | <p><input type="checkbox"/> ผู้ถือกรมธรรม์(要保人) <input type="checkbox"/> ผู้เอาประกันภัย(被保險人)</p> <p>(กรณีเปลี่ยนแปลงวิธีการลงชื่อและประทับตรา กรุณาลงชื่อและประทับตราใหม่/เก่าในช่องลงชื่อ)(申請變更簽章方式，請於簽名欄位中簽上新/舊簽章)</p> |
| 7 | การแถลงข้อมูลสุขภาพ (健康告知) | <p><input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลงภัยต่ำกว่ามาตรฐาน(變更次標準體) / ยกเลิกภัยต่ำกว่ามาตรฐาน(取消次標準體) / แถลงข้อมูลเพิ่มเติม(補充告知事項)</p> <p>(กรุณากรอกหนังสือแถลงข้อมูลสุขภาพของผู้เอาประกันภัย) (請填寫被保險人健康聲明書)</p> |
| 8 | การเวนคืนกรมธรรม์/ยกเลิกสัญญา (契約終止/撤銷) | <p><input type="checkbox"/> ยกเลิกสัญญา (ไม่ขอคืนเงิน) (契約撤銷 (自始無效)) <input type="checkbox"/> เวนคืนกรมธรรม์</p> <p>(วันที่สิ้นสุดสัญญา วันที่ เดือน ปี) (契約終止 (終止日 年 月 日))</p> <p>(กรณีขอยกเลิกสัญญาและเวนคืนกรมธรรม์ กรุณาแนบกรมธรรม์มาด้วย) (申請契約撤銷及契約終止者請一併附上保險單)</p> <p>วิธีการคืนเงิน(退費方式): (กรณีผู้ถือกรมธรรม์ไม่ใช่บุคคลเดียวกับผู้เอาประกันภัย ผู้ที่ได้รับเงินคือผู้ถือกรมธรรม์) (要保人與被保險人非同一人時，退費對象以要保人為主) (คำอธิบายการกรอกข้อมูลข้อ 5)(詳填寫說明 5)</p> <p><input type="checkbox"/> โอนเงินธนาคาร/ไปรษณีย์ _____ สาขา(匯款: _____ 銀行/郵局 _____ 分行/分局)</p> <p>_____ บัญชี(帳號) _____</p> <p><input type="checkbox"/> เงินสด(現金) (ต้องหักค่าอากรแสตมป์ร้อยละ 0.4) (需代扣千分之四印花稅) กรุณานำบัตรประจำตัวประชาชนและตราประทับของผู้ถือกรมธรรม์ (และตัวแทน) มารับเงิน ณ (請攜帶要保人(及代理人)身份證、印章至 <input type="checkbox"/> สำนักงานใหญ่(總公司) <input type="checkbox"/> สาขา(分公司) 領取) _____</p> <p><input type="checkbox"/> หักลบกับเบี้ยประกัน: หมายเลขกรมธรรม์หรือใบสลักหลังที่นำมาหักลบ(抵繳: 抵繳保批單號碼) _____ (ต้องตรงกับผู้เอาประกันภัย) (需與要保人相同)</p> <p>บุคคลติดต่อ(聯絡人) _____ หมายเลขโทรศัพท์(電話) _____</p> <p>หนังสือแถลงเอกสารการประกันภัยสูญหาย (保險文件遺失聲明書)</p> <p>ข้าพเจ้า (บริษัท) เป็น <input type="checkbox"/> ผู้ถือกรมธรรม์ <input type="checkbox"/> ผู้เอาประกันภัย ขอ <input type="checkbox"/> ยกเลิกสัญญา <input type="checkbox"/> เวนคืนกรมธรรม์ กับบริษัท อย่างไรก็ตาม ต้นฉบับ (สำเนา) กรมธรรม์ประกันภัย และต้นฉบับ (สำเนา) ใบเสร็จรับเงินได้สูญหายและไม่สามารถส่งคืนได้</p> |



**บริษัท เซาท์ไชน่า พร็อพเพอร์ตี้
อินชัวร์นส์ จำกัด
(華南產物保險股份有限公司)
SOUTH CHINA INSURANCE CO., LTD.**

สำนักงานใหญ่(總公司): เลขที่ 560 ชั้น 5
ถนนจงเฉียวตงลูแยกสี่ กรุงไทเป(台北市忠孝
東路四段 560 號 5 樓)
หมายเลขโทรศัพท์(電話): (02) 2756-2200
(หมายเลขตัวแทน) (代表號)
เว็บไซต์(網址): <https://www.south-china.com.tw>

| | | |
|---|---------------|---|
| | | <p>ข้าพเจ้าจึงขอแจ้งให้เอกสารเป็นโมฆะ หากภายหลังเกิดปัญหาที่เกี่ยวกับผลประโยชน์ประกันภัยและข้อพิพาททางกฎหมายเนื่องจากการสูญหายดังกล่าว ผู้ทำหนังสือจะรับผิดชอบทั้งสิ้น และบริษัทของท่านจะไม่ต้องรับผิดชอบแต่อย่างใด เรียน บริษัท เซาท์ไชน่า อินชัวร์นส์ จำกัด</p> <p>(本人(本公司)為 <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人, 今向貴公司提出 <input type="checkbox"/> 契約撤銷 <input type="checkbox"/> 契約終止, 惟該保險單正本(副本), 收據正本(副本)不慎遺失, 無法繳回, 謹向 貴公司聲明作廢, 嗣後如有因遺失涉及保險效益及法律糾紛問題, 立書人願負擔全部責任, 概與 貴公司無關。 此致 華南產物保險股份有限公司)</p> <p style="text-align: right;">ผู้ทำหนังสือ(立書人): _____</p> |
| 9 | อื่นๆ (其他) | |
| <p style="text-align: center;">หนังสือแจ้งเรื่องสำคัญของการเวนคืนกรมธรรม์ และสิทธิและผลประโยชน์ของลูกค้า (終止保險契約與客戶權益相關之重要事項書面告知)</p> <p>กรุณาตรวจสอบให้แน่ใจว่าท่านได้อ่านและทำความเข้าใจประเด็นสำคัญต่อไปนี้อย่างครบถ้วนก่อนที่จะเวนคืนกรมธรรม์ เพื่อเป็นการปกป้องสิทธิของท่าน</p> <p>(為維護您的權益, 提醒您務必於終止保險契約前確認已詳閱並充分了解下列重要事項)</p> <ol style="list-style-type: none"> การขอเวนคืนกรมธรรม์จะมีผลนับแต่บริษัทได้รับหนังสือบอกกล่าวจากผู้ถือกรมธรรม์ความรับผิดชอบการประกันภัยของบริษัทจะสิ้นสุดลง หากภายหลังเกิดอุบัติเหตุใดก็ตาม บริษัทจะไม่รับผิดชอบการประกันภัยใดๆ ทั้งสิ้น (申請保險契約終止者, 自本公司收到要保人書面通知時開始生效。本公司所負之保險責任即行終止, 日後若發生任何事故, 本公司恕不負任何保險責任。) การเวนคืนกรมธรรม์อาจจะไม่ได้รับคืนเบี้ยประกันภัยที่ชำระแล้วเต็มจำนวน (保險契約的終止時, 可能無法全額領回已繳保險費。) หากท่านซื้อประกันภัยใหม่หลังจากเวนคืนกรมธรรม์แล้ว ท่านจะต้องรับความเสี่ยงดังนี้: (保險契約終止後再投保新保單時, 須承擔下列風險) <ol style="list-style-type: none"> หน้าที่การเปิดเผยข้อมูลอีกครั้ง: ผู้เอาประกันภัยต้องเปิดเผยสุขภาพของตนเองขณะที่ซื้อประกันภัยใหม่ หากผู้เอาประกันภัยเจ็บป่วยและไม่เปิดเผยสุขภาพของตนเองในช่วงเวลาหลังการเวนคืนกรมธรรม์จนถึงการซื้อประกันภัยใหม่ บริษัทประกันภัยอาจยกเลิกสัญญาตามมาตรา 64 แห่งกฎหมายประกันภัย เนื่องจากการละเมิดหน้าที่เปิดเผยข้อมูล (重新履行告知義務: 須對投保新契約當時的體況進行健康告知, 契約終止後至再投保新保單前之期間, 倘被保險人罹患疾病而未履行健康告知, 將可能因違反告知義務致保險公司依保險法第 64 條解除契約。) ระยะเวลาการใช้สิทธิบอกเลิกสัญญาประกันภัยเนื่องจากการละเมิดหน้าที่เปิดเผยข้อมูล และระยะเวลารอดคอยของประกันสุขภาพจะต้องคำนวณใหม่นับจากวันที่ทำสัญญาประกันภัยฉบับใหม่ช่วงระยะเวลารอดคอยการทำประกันสุขภาพที่เริ่มคำนวณใหม่ หากผู้เอาประกันภัยเจ็บป่วย อาจส่งผลให้ไม่สามารถเบิกเงินสินไหมทดแทนได้ (違反告知義務解除保險契約的除斥期間及健康險的等待期, 都要從投保新契約之日起重新計算。再投保健康險之等待期重新計算期間, 倘被保險人罹患疾病, 恐將無法獲得理賠。) เนื่องจากอายุขณะที่ต่ออายุประกันอาจมากกว่าอายุขณะที่ทำสัญญาประกันภัยเดิม อัตราเบี้ยประกันภัยอาจสูงขึ้นตามอายุ นอกจากนี้ ท่านอาจไม่สามารถสมัครประกันภัยได้ เนื่องจากอายุเกินเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในสัญญาใหม่ หรือด้วยเหตุผลด้านสุขภาพ หรือท่านอาจไม่สามารถขอรับค่าสินไหมทดแทนได้เนื่องจากความคุ้มครองในสัญญาเดิมและสัญญาใหม่แตกต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสิทธิในการคุ้มครองของท่าน (因重新投保時的年齡可能大於投保原契約時的年齡, 保險費率可能也會相對提高, 且可能因已超過新契約規定之投保年齡或身體健康因素而無法投保; 或可能因為新舊契約保障範圍差異致無法獲得理賠等因素而影響您的保障權益。) หากผู้เอาประกันภัยเจ็บป่วยก่อนที่จะซื้อประกันสุขภาพ บริษัทประกันภัยอาจอ้างว่าไม่ต้องรับผิดชอบจ่ายเงินสินไหมที่เกี่ยวของตามมาตรา 127 แห่งกฎหมายประกันภัย (再投保健康險前倘被保險人已罹患疾病, 保險公司可能依保險法第 127 條主張不負給付相關保險金之責) | | |



**บริษัท เซาท์ไชน่า พร็อพเพอร์ตี้
อินชัวร์نس จำกัด
(華南產物保險股份有限公司)
SOUTH CHINA INSURANCE CO., LTD.**

สำนักงานใหญ่(總公司): เลขที่ 560 ชั้น 5
ถนนจงเจียวตงลู่แยงเกี๊ กรุงไทเป(台北市忠孝
東路四段 560 號 5 樓)
หมายเลขโทรศัพท์(電話): (02) 2756-2200
(หมายเลขตัวแทน) (代表號)
เว็บไซต์(網址): <https://www.south-china.com.tw>

| | | | | | |
|--|--|-----------------------------------|--|--|-----------------------|
| 任。) | | | | | |
| คำอธิบาย การกรอกข้อมูล (填寫說明) | <p>1. การยื่นขอเปลี่ยนแปลงผู้ถือกรมธรรม์ ผู้เอาประกันภัยจะต้องให้ความยินยอมและลงชื่อ รวมทั้งผู้ถือกรมธรรม์เดิมและผู้ถือกรมธรรม์ใหม่ต้องลงชื่อด้วย (申請變更要保人，除須取得被保險人同意並簽名外，新舊要保人亦須同時簽名。)</p> <p>2. กรณีแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาทะเบียนบ้าน กรณีขอเปลี่ยนแปลงชื่อสกุล อายุ หรือเลขประจำตัวประชาชน (申請變更姓名、年齡或身分證統一編號者，請檢附身分證影本或戶口名簿影本。)</p> <p>3. การขอเปลี่ยนแปลงผู้รับผลประโยชน์ กรณีการความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับผลประโยชน์กับผู้เอาประกันภัยหลังการเปลี่ยนแปลงให้ชัดเจน รวมทั้งผู้เอาประกันภัยจะต้องให้ความยินยอมและลงชื่อ (申請變更受益人，請載明變更後受益人與被保險人之關係，並應取得被保險人同意並簽名。)</p> <p>4. หากมีการจัดสรรผู้รับผลประโยชน์ตามสัดส่วนหรือตามลำดับ กรณีระบุสัดส่วนหรือลำดับที่จัดสรรให้กับผู้รับผลประโยชน์แต่ละราย หากไม่ได้เลือกวิธีการจัดสรร บริษัทจะถือว่าการแบ่งผลประโยชน์อย่างเท่าเทียมกัน หากในช่องว่างไม่พอพื้นที่เขียน กรณีการกรอกข้อมูลในช่องอื่นให้ชัดเจน (受益人如按比例分配或順位分配時，請註明各受益人所分配之比例或順位；若未勾選分配方式，本公司將推定 為以均分方式受益，如欄位不足填寫時，請於其他欄位填寫清楚。)</p> <p>5. กรณีการขอยกเลิกสัญญา/การเวนคืนกรมธรรม์ จะคืนเงินด้วยการโอนเงิน แนะนำให้ส่งสำเนาสมุดบัญชี เพื่อป้องกันเลขบัญชีผิดพลาด หรือกรอกข้อมูลไม่ชัดเจน (申請契約終止/撤銷，退費方式若為匯款，為避免帳號誤植或填寫不清，建議提供存摺影本。)</p> <p>6. แบบคำขอลฉบับนี้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัย กรณีการกรอกข้อมูลและแถลงรายละเอียดทุกรายการด้วยตัวบรรจง (本申請書係保險契約的構成部份，各項資料之填寫及告知請以正楷填寫。)</p> <p>7. กรณีที่มีการแก้ไขข้อมูล กรุณาาลงชื่อกำกับจุดที่แก้ไข ถ้าไม่ได้ลงชื่อกำกับ กรุณากรอกข้อมูลในแบบคำขอใหม่ (本申請書填寫時如有塗改時，請於塗改處簽名，如未簽名者，請重新填寫申請書辦理。)</p> | | | | |
| | <p>ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท เซาท์ไชน่า อินชัวร์นซ์ จำกัด ส่งต่อข้อมูลที่ระบุในแบบขอเปลี่ยนแปลงข้อมูลไปยังสมาคมประกันภัยทรัพย์สิน เพื่อส่งต่อให้สมาคมประกันวินาศภัยจัดทำฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์เป็นข้อมูลอ้างอิงการพิจารณารับประกันภัยของบริษัทประกันชีวิตอื่น อย่างไรก็ตาม บริษัทประกันวินาศภัยและประกันชีวิตอื่นยังคงต้องพิจารณาตัดสินใจรับประกันภัยตามมาตรฐานของตนเอง และไม่สามารถใช้ข้อมูลนี้เป็นเกณฑ์ตัดสินเพียงอย่างเดียวว่าจะรับประกันภัยหรือไม่ (本人同意變更申請書上所载資料提供華南產物保險股份有限公司轉送產險公會建立電腦資料作為其他產險或人壽保險公司受理本人投保時之核保 參考，但其他產、壽險公司仍應依其本身之核保標準決定是否承保，不得僅以此資料作為承保與否之依據。)</p> | | | | |
| | <p>ผู้ถือกรมธรรม์เดิม(原要保人)_____ (ลงชื่อ) (親簽) ผู้ถือกรมธรรม์ใหม่(新要保人)_____ (ลงชื่อ) (親簽)</p> | | | | |
| | <p>ผู้เอาประกันภัย(被保險人)_____ (ลงชื่อ) (親簽) ตัวแทนตามกฎหมาย(法定代理人)_____ (ลงชื่อ) (親簽) วันที่ส่งคำขอ วันที่_____เดือน_____ปี_____ (申請日期： _____年_____月_____日)</p> | | | | |
| | <p>(ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 7 ปี ให้ตัวแทนตามกฎหมายลงชื่อ ผู้ที่มีอายุ 7 ปีขึ้นไป ผู้เอาประกันภัยต้องลงชื่อด้วยตนเอง หากผู้ถือกรมธรรม์/ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ให้ตัวแทนตามกฎหมายลงชื่อ) (未滿7足歲者，由法定代理人代為簽名；7足歲(含)以上者，請由本人親自簽名。要/被保險人未成年者需由法定代理人簽名。)</p> | | | | |
| อนุมัติโดย (核保) | กรอกข้อมูลโดย (輸入) | ลงชื่อตัวแทนประกันภัย (招攬人員親簽) | หมายเลขทะเบียนตัวแทนประกันภัย (招攬人員登錄證字號) | ตราประทับบริษัทนายหน้า ประกันภัย (保經代公司簽章) | ผู้รับเรื่อง (經手人) |
| | | | | | |