

**ຄໍາຮ້ອງຂໍປ່ຽນແປງໄລຍະການຈ່າຍຄ່າທໍານຽມປະກັນໄພ**  
**REQUEST FOR CHANGING PREMIUM FREQUENCY**

ວັນທີ / Date: ..... ໃບສະໝັກເລກທີ / Application number: .....  
ສັນຍາປະກັນໄພເລກທີ / Policy number: .....  
ເຈົ້າຂອງສັນຍາປະກັນໄພ / Policy Owner: .....

**1. ຄໍາຮ້ອງຂໍປ່ຽນແປງໄລຍະການຈ່າຍຄ່າທໍານຽມປະກັນໄພ / Premium frequency change request:**

ປະຈຸບັນ / Current	<input type="checkbox"/> ເປັນເດືອນ / Monthly	<input type="checkbox"/> ເປັນເຄິ່ງປີ / Semi-annual	<input type="checkbox"/> ເປັນປີ / Annual
ຄໍາຮ້ອງຂໍປ່ຽນແປງ / Change request	<input type="checkbox"/> ເປັນເດືອນ / Monthly	<input type="checkbox"/> ເປັນເຄິ່ງປີ / Semi-annual	<input type="checkbox"/> ເປັນປີ / Annual

**ກະລຸນາຮັບຮູ້ວ່າ / Please notice that:**

ຄໍາຮ້ອງຂໍປ່ຽນແປງໄລຍະການຈ່າຍຄ່າທໍານຽມປະກັນໄພ ຈະສາມາດດໍາເນີນການໄດ້ ກໍ່ຕໍ່ເມື່ອຮອດວັນຄົບຮອບປີຂອງສັນຍາປະກັນໄພເທົ່ານັ້ນ. ກະລຸນາສົ່ງຄໍາຮ້ອງຂອງທ່ານ ກ່ອນວັນຄົບຮອບປີຂອງສັນຍາປະກັນໄພ ຢ່າງໜ້ອຍ 30 ວັນ.

A premium frequency change request will only be carried out on the policy anniversary date. Please send this request at least 30 days before the anniversary date.

ຂ້າພະເຈົ້າ / ພວກຂ້າພະເຈົ້າ / I / We:

- ຂໍຮັບປະກັນທີ່ຈະສະໜອງຂໍ້ມູນຢັ້ງຢືນ, ຫຼັກຖານ ຫຼື ຂໍ້ມູນອື່ນໆ ທີ່ຈໍາເປັນສໍາລັບການປ່ຽນແປງນີ້ ແລະ ເຫັດດີໃຫ້ ບໍລິສັດ ພຣູເດັນໂຊລ໌ ປະກັນໄພຊີວິດ (ລາວ) ເກັບກໍາຂໍ້ມູນ ເພື່ອການພິຈາລະນາ ການປ່ຽນແປງທີ່ລະບຸຂ້າງເທິງນີ້.  
Guarantee to provide any proof, evidence or other required information necessary for this change and agree for Prudential Life Assurance (Lao) to collect information for underwriting the change mentioned above
- ເຂົ້າໃຈວ່າ ຄໍາຮ້ອງຂໍຂ້າງເທິງນີ້ ຈະມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ໄດ້ ກໍ່ຕໍ່ເມື່ອ ມີການອະນຸມັດຄໍາຮ້ອງທີ່ເປັນລາຍລັກອັກສອນຈາກ ບໍລິສັດ ພຣູເດັນໂຊລ໌ ປະກັນໄພຊີວິດ (ລາວ) ແລະ ມີການເກັບຄ່າທໍານຽມເພີ່ມຕື່ມ, ຖ້າຈໍາເປັນ.  
Understand that the request above is only effective when the Prudential Life Assurance (Lao) approves it in writing and collects an additional premium, if necessary.



ສັນຍາປະກັນໄພເລກທີ / Policy Number .....

**ເຈົ້າຂອງສັນຍາປະກັນໄພ / POLICY OWNER:**

.....

(ລົງລາຍເຊັນ ແລະ ຂຽນຊື່ເຕັມ)

(Sign and full name)

**ການຢັ້ງຢືນຈາກພະຍານ / CONFIRMATION OF WITNESS**

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢັ້ງຢືນວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ເປັນພະຍານການລົງລາຍເຊັນຂ້າງເທິງນີ້ ແລະ ອີງຕາມຄວາມຮັບຮູ້ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ນີ້ແມ່ນລາຍເຊັນຂອງ ເຈົ້າຂອງສັນຍາປະກັນໄພທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງນີ້.

I confirm that I witnessed the signature above and according to my personal knowledge, this is a signature of the Policy Owner of the policy mentioned above.

(ຊື່ເຕັມ / full name): .....

(ຊື່ LIS / ພະນັກງານບໍລິການລູກຄ້າ /

LIS / Customer Service's name)

ລະຫັດ LIS / LIS code:

ລາຍເຊັນ / Signature: .....

ວັນທີຮັບຄໍາຮ້ອງ / Date of receipt: .....