

ตัวแทน รหัส.....
หน่วย..... รหัส.....
โทรศัพท์.....

บริษัท โตเกียวมารีนประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

1 อาคารเอ็มไพร์ทาวเวอร์ ชั้น 26 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา
เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทร. 02 650 1400 tokiomarine.com
เลขทะเบียนบริษัท 0107540000103



ถ้อยแถลงการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล:

ข้อมูลส่วนบุคคลที่ท่านระบุในแบบฟอร์มนี้ บริษัทจะใช้ประมวลผลเพื่อดำเนินการตามวัตถุประสงค์ที่ท่านระบุหรือร้องขอ และท่านยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ และ/หรือประวัติการรักษา หรือ ข้อมูลส่วนบุคคลประเภทอ่อนไหวอื่นๆ ให้กับบุคคลหรือหน่วยงานอื่น รวมถึง สำนักงาน คปภ. ตามความจำเป็นตามวัตถุประสงค์ โดยท่านสามารถศึกษารายละเอียดแนวทางการประมวลผลของบริษัทได้ที่ นโยบายความเป็นส่วนตัว <https://www.tokiomarine.com/th/th-life/global/privacy-policy.html> หรือ สแกน QR Code



คำขอเปลี่ยนแปลง

ก่อนออกกรมธรรม์

หลังออกกรมธรรม์

วันที่.....

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....ผู้เอาประกันภัย.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะขอเปลี่ยนแปลงรายละเอียดในใบคำขอเอาประกันภัย / กรมธรรม์ประกันภัย ดังต่อไปนี้

- ขอเปลี่ยนแปลงวิธีการชำระเบี้ยประกันภัย เป็น [] รายปี [] รายหกเดือน [] รายสามเดือน [] รายเดือน
- ขอเปลี่ยนแปลงสถานที่ติดต่อ เป็น (ชื่อสถานที่.....) เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ [] [] [] [] โทรศัพท์..... (หากมีกรมธรรม์ประกันภัยฉบับอื่น โปรดระบุ).....
- ขอเปลี่ยนแปลงแบบประกันภัย เป็น.....
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด | <input type="checkbox"/> จำนวนเงินเอาประกันภัย จากเดิม เป็น.....บาท |
| <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด | <input type="checkbox"/> ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมชั่วคราวระยะเวลา (TR).....ปี จากเดิมเป็น.....บาท |
| <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด | <input type="checkbox"/> ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมอุบัติเหตุคุ้มครองการเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ และทุพพลภาพ (AI) จากเดิมเป็น.....บาท |
| <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด | <input type="checkbox"/> ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมอุบัติเหตุคุ้มครองการเสียชีวิต และการสูญเสียอวัยวะ (ADD) จากเดิมเป็น.....บาท |
| <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด | <input type="checkbox"/> ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมอุบัติเหตุคุ้มครองการเสียชีวิต (ADB) จากเดิมเป็น.....บาท |
| <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด | <input type="checkbox"/> ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมการจลาจลและสงครามกลางเมือง (RCC) ของ [] AI [] ADD [] ADB จากเดิมเป็น.....บาท |
| <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด | <input type="checkbox"/> ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์สำหรับรักษาในโรงพยาบาลและศัลยกรรม (HS2N) [] ยกเลิก HS-N จากเดิมเป็น.....บาท |
| <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด | <input type="checkbox"/> ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์โดยยี่สิบเอ็ด ชั่วโมง เฮลท์ แคร์ (HSHC) จากเดิมเป็น.....บาท |
| <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด | <input type="checkbox"/> ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมค่าชดเชยรายวันสำหรับการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล (HB) จากเดิมเป็น.....บาท |
| <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด | <input type="checkbox"/> ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมฟีดแบล สเปเชียล ดิซิพส์ (FSD) [] FSD2 จากเดิมเป็น.....บาท |
| <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด | <input type="checkbox"/> ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองโรคร้ายแรง [] CIR3 [] CIR2 [] CI2N [] CI3N [] ยกเลิกCIRN จากเดิมเป็น.....บาท |
| <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด | <input type="checkbox"/> ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (PB) จากเดิมเป็น.....บาท |
| <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด | <input type="checkbox"/> ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมชั่วคราวสำหรับผู้ชำระเบี้ย (TRP2) จากเดิมเป็น.....บาท |
| <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด | <input type="checkbox"/> ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมยกเว้นเบี้ยประกันภัย (WP) ของ (ระบุ) จากเดิมเป็น.....บาท |
| <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด | <input type="checkbox"/> ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองการทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร (TPD) จากเดิมเป็น.....บาท |
| <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด | <input type="checkbox"/> ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก [] OPD 1 <input type="checkbox"/> ซิลเวอร์ <input type="checkbox"/> โกลด์ <input type="checkbox"/> แพลทตินัม จากเดิมเป็น.....บาท |
| <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด | <input type="checkbox"/> ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก [] OPD 2 <input type="checkbox"/> ซิลเวอร์ <input type="checkbox"/> โกลด์ <input type="checkbox"/> แพลทตินัม จากเดิมเป็น.....บาท |

- ยอมรับการเพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เนื่องจากอาชีพในอัตรา.....บาท ต่อทุนประกันภัย 1,000 บาท ต่อปี
- ขอเปลี่ยนแปลงกรมธรรม์ประกันภัย เป็น [] แบบขยายระยะเวลา (ETI) โดยไม่มีส่วนร่วมในเงินปันผล [] แบบใช้เงินสำเร็จ (RPU) โดยไม่มีส่วนร่วมในเงินปันผล
- ขอเปลี่ยน วันเดือนปีเกิด [] ผู้เอาประกันภัย [] เจ้าของกรมธรรม์ประกันภัย วันที่ถูกต้องคือ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
- ขอเปลี่ยนชื่อ และ/หรือ ชื่อสกุล ผู้เอาประกันภัย เป็น ชื่อ.....ชื่อสกุล.....
- ขอเปลี่ยนชื่อ และ/หรือ ชื่อสกุล เจ้าของกรมธรรม์ประกันภัย เป็น ชื่อ.....ชื่อสกุล.....
- ขอเปลี่ยนแปลงผู้รับประโยชน์ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ จากเดิม เป็น (หากมากกว่า 3 คน โปรดระบุเพิ่มเติมในช่องอื่น ๆ)

ชื่อ / ชื่อสกุล อายุ ความสัมพันธ์

อื่นๆ.....

ขอเปลี่ยนแปลงลายมือชื่อ ขอมีลายมือชื่อ (กรณีการบรรลุนิติภาวะของผู้เยาว์) โดยให้ถือว่าลายมือชื่อใหม่ของข้าพเจ้าที่ปรากฏต่อไปนี้ เป็นลายมือชื่อที่ใช้ในการติดต่อกับบริษัทฯ

ในกรณีต่าง ๆ เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยข้างต้น

ลงชื่อ	ลงชื่อ
(ลายมือชื่อเก่า)	(ลายมือชื่อใหม่)
ลงชื่อ พยาน / ตัวแทน	ลงชื่อ
(.....)	(.....)
พยาน / ตัวแทน	ผู้เอาประกันภัย
ลงชื่อ พยาน / ตัวแทน	ลงชื่อ
(.....)	(.....)
พยาน / ตัวแทน	ผู้ใช้นาจาปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม/เจ้าของกรมธรรม์ประกันภัย

FOR OFFICE USE :

Updated by Date