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

TOKIO MARINE INSURANCE GROUP

**คำเตือน** ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้เอาประกันชีวิต ต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและ พาณิชย์ มาตรา 865 ได้

**ถ้อยแถลงการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล:**

ข้อมูลส่วนบุคคลที่ท่านระบุในแบบฟอร์มนี้ บริษัทจะใช้ประมวลผลเพื่อดำเนินการตามวัตถุประสงค์ที่ท่านระบุหรือร้องขอ และ ท่านยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม 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

# คำร้องขอต่ออายุและเปลี่ยนแปลงกรมธรรม์

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงและ/หรือ ขอกลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....ดังต่อไปนี้

☐ 1. การกลับสู่สถานะเดิมชำระเบี้ยประกัน ☐ แบบย้อนหลัง ☐ แบบเปลี่ยนวันเริ่มใหม่ ☐ 2. การยกเลิก หรือลดอัตราเบี้ยประกันภัยเพิ่มพิเศษ

☐ 3. ขอเปลี่ยนแปลงจำนวนเงินเอาประกันภัย หรือ ซื้อสัญญาเพิ่มเติม

| | | | |
|---|---|---|---|
| สัญญาหลัก | จาก.....เป็น..... | สัญญาเพิ่มเติม TR | จาก.....เป็น..... |
| สัญญาเพิ่มเติม TPD | จาก.....เป็น..... | สัญญาเพิ่มเติม AI | จาก.....เป็น..... |
| สัญญาเพิ่มเติม HS | จาก.....เป็น..... | สัญญาเพิ่มเติม ADD | จาก.....เป็น..... |
| สัญญาเพิ่มเติม HB | จาก.....เป็น..... | สัญญาเพิ่มเติม ADB | จาก.....เป็น..... |
| สัญญาเพิ่มเติม OPD1 | จาก.....เป็น..... | สัญญาเพิ่มเติม RCC3 | จาก.....เป็น..... |
| สัญญาเพิ่มเติม OPD2 | จาก.....เป็น..... | สัญญาเพิ่มเติม RCC4 | จาก.....เป็น..... |
| สัญญาเพิ่มเติม CI3N | จาก.....เป็น..... | สัญญาเพิ่มเติม RCC5 | จาก.....เป็น..... |
| สัญญาเพิ่มเติม FSD2 | จาก.....เป็น..... | สัญญาเพิ่มเติมอื่น ๆ โปรดระบุ..... | |
| อื่น ๆ ..... | | อื่น ๆ ..... | |

| **ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้เอาประกัน** | **ชื่อผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์** | **ชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย** (บิดา/มารดา/ผู้แทนโดยชอบธรรม (ในกรณีผู้เยาว์)) |
|---|---|---|
| 1. ชื่อ-สกุล | 1..... | 1. ..... |
| 2. อายุ | 2. .....ปี | 2. .....ปี |
| 3. หมายเลขบัตร | 3. __-_ _ _ _ _-_ _ _ _ _ _-_ _ _-_ | 3. __-_ _ _ _ _-_ _ _ _ _ _-_ _ _-_ |
| 4. อาชีพและตำแหน่งงานประจำวันของท่าน | 4. ..... | 4. ..... |
| 5. หน้าที่รับผิดชอบในงานประจำวันของท่าน | 5. ..... | 5. ..... |
| 6. รายได้ต่อปี | 6. ..... | 6. ..... |
| 7. ท่านใช้รถจักรยานยนต์หรือไม่ | 7. ☐ ไม่ใช้ ☐ ใช้ในการปฏิบัติงาน ☐ ใช้เป็นพาหนะ | 7. ☐ ไม่ใช้ ☐ ใช้ในการปฏิบัติงาน ☐ ใช้เป็นพาหนะ |
| 8. ชื่อสถานที่ทำงาน / นายจ้าง<br>ลักษณะธุรกิจ<br>ที่อยู่ | 8. .....<br>.....<br>.....<br>..... | 8. .....<br>.....<br>. .....<br>..... |
| 9. ส่วนสูงและน้ำหนักของท่านในปัจจุบันเป็นเท่าใด | 9. ส่วนสูง.....ซม. น้ำหนัก.....กก. | 9. ส่วนสูง.....ซม. น้ำหนัก.....กก. |
| 10. มีการเปลี่ยนแปลงมากกว่า 3 กก.ภายในช่วง 6 เดือนหรือไม่ | 10. ☐ เปลี่ยน ☐ ไม่เปลี่ยน | 10. ☐ เปลี่ยน ☐ ไม่เปลี่ยน |
| 11. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง | 11. ..... | 11..... |

**กรุณาลงลายมือชื่อในกรณีที่ไม่สามารถพิมพ์เอกสารเป็นแบบหน้าหลังในแผ่นเดียวกันได้**.....

ผู้เอาประกันภัย/เจ้าของกรมธรรม์ หรือผู้แทนโดยชอบธรรม (กรณีผู้เยาว์)

| **ส่วนที่ 2** โปรดตอบคำถามในช่องผู้เอาประกันภัย หรือผู้เยาว์ และหากมีสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (สำหรับกรมธรรม์ผู้เยาว์) กรุณาตอบคำถามในช่องผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วย | ผู้เอาประกันภัย หรือผู้เยาว์ | | ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีกรมธรรม์ผู้เยาว์) | |
|---|---|---|---|---|
| | ใช่/ เคย | ไม่ใช่/ไม่เคย | ใช่/ เคย | ไม่ใช่/ไม่เคย |
| 1. มีอะไรบกพร่องทางร่างกายหรือสุขภาพของท่าน หรือไม่ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. เฉพาะสตรี ขณะนี้ท่านกำลังมีการตั้งครรภ์ หรือไม่ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. นับตั้งแต่วันที่ยื่นคำขอเอาประกันชีวิตตามกรมธรรม์ประกันภัยฉบับข้างต้น ท่านเคยถูกปฏิเสธ ถูกเลื่อนรับประกันภัย หรือเพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย หรือ รับโดยมีเงื่อนไขจากการขอเอาประกันชีวิต หรือจากการกลับสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์ประกันชีวิต หรือ การประกันภัยอุบัติเหตุใด ๆ จากบริษัทอื่นหรือไม่ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. นับตั้งแต่วันที่ยื่นคำขอเอาประกันชีวิตตามกรมธรรม์ประกันภัยฉบับข้างต้น ท่านเคยปรึกษาแพทย์ / รับการรักษาหรือได้รับคำแนะนำให้รับการรักษา หยุดงานเป็นเวลาเกินกว่า 1 สัปดาห์ไม่ว่ากรณีใด ๆ อันเนื่องจากจากความเจ็บป่วย หรือ อุบัติเหตุหรือไม่ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5. จำนวนเงินเอาประกันภัยที่มีผลบังคับอยู่และที่กำลังรออนุมัติอยู่ (ถ้ามีโปรดแจ้งรายละเอียดชื่อบริษัทฯ จำนวนเงินเอาประกันชีวิต อุบัติเหตุ วันที่มีผลบังคับ) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

6. ถ้าคำตอบในส่วนที่ 2 ข้อ 1-5 เป็นคำตอบรับ โปรดให้รายละเอียดเพิ่มเติมเช่น สิ่งที่บกพร่องทางร่างกาย, ผลการพิจารณารับประกัน/ บริษัท, อายุครรภ์, สาเหตุและผลการตรวจ/รักษา/วัน เดือน ปี/ ระยะเวลา และชื่อที่อยู่ของแพทย์/ สถานพยาบาลที่ตรวจรักษา

.....

.....

.....

.....

หากบริษัทต้องการหลักฐานอื่นเพิ่มเติมเพื่อประกอบการพิจารณา นอกเหนือจากที่ข้าพเจ้าได้ส่งมา พร้อมคำร้องฯ นี้ ข้าพเจ้ายินดีที่จะเปิดเผยข้อมูล หรือแสดงหลักฐานเพิ่มเติมจนเป็นที่พอใจของบริษัท **โดยค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการแสดงหลักฐาน เพื่อประกอบการพิจารณาตามคำร้องฯ ฉบับนี้ ข้าพเจ้ายินดีที่จะเป็นผู้รับผิดชอบเองทั้งสิ้น**

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าถ้อยแถลง หรือคำตอบซึ่งข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นเป็นข้อความที่ครบถ้วนสมบูรณ์และเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมว่าการกลับสู่สถานะเดิมหรือการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ข้างต้นจะมีผลก็ต่อเมื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับมอบอำนาจของบริษัทฯ ได้พิจารณาอนุมัติคำขอนี้โดยชอบแล้ว

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ ไม่เคยทราบว่าเป็น หรือเคยรักษาโรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์ และข้าพเจ้าทราบดีว่าถ้าข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ ป่วยเป็นโรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์แล้ว บริษัทจะไม่อนุมัติการกลับสู่สถานะเดิม หรือการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ดังที่ได้ระบุไว้ในส่วนต้นของหนังสือนี้

**ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล คลินิก บริษัทประกันชีวิต หรือองค์การ สถาบัน หรือบุคคลอื่นใด** ซึ่งได้เคยรักษา หรือจะตรวจรักษาข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ หรือมีบันทึกหรือข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ **เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดดังกล่าวให้บริษัททราบได้ รวมทั้งยินยอมให้บริษัทเปิดเผยข้อเท็จจริงอันเกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ต่อบริษัทประกันชีวิตอื่น เพื่อการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเปลี่ยนแปลงใด ๆ ของกรมธรรม์ประกันภัยของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์**

เขียนที่ .....วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....พยาน / ตัวแทน
( )

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย
( )

ลงชื่อ.....พยาน / ตัวแทน
( )

ลงชื่อ.....ความสัมพันธ์.....
( )
บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์