

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 และเปิดเผยข้อมูลสุขภาพ และ/หรือประวัติการรักษา หรือข้อมูลส่วนบุคคลประเภทอ่อนไหวอื่นๆ ให้กับบุคคลหรือหน่วยงานอื่น รวมถึงสำนักงานคปภ. ตามความจำเป็นตามวัตถุประสงค์ โดยท่านสามารถศึกษารายละเอียดแนวทางการประมวลผลของบริษัทได้ที่ นโยบายความเป็นส่วนตัวเป็นส่วนตัว <https://www.tokiomarine.com/th/th-life/global/privacy-policy.html> หรือ สแกน QR Code



คำขอเปลี่ยนแปลง

ก่อนออกกรมธรรม์ หลังออกกรมธรรม์ วันที่.....

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

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะขอเปลี่ยนแปลงรายละเอียดในใบคำขอเอาประกันภัยชีวิต / กรมธรรม์ประกันภัย ดังต่อไปนี้

ขอเปลี่ยนแปลงวิธีการชำระเบี้ยประกันภัย เป็น [] รายปี [] รายหกเดือน [] รายสามเดือน [] รายเดือน

ขอเปลี่ยนแปลงสถานที่ติดต่อ เป็น (ชื่อสถานที่.....) เลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอก/ชอย.....
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 สัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ค่ารักษาในโรงพยาบาลและศัลยกรรม (HS2N) [] ยกเลิก HS-N จากเดิมเป็น.....บาท
<input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด	<input type="checkbox"/> ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์โตเกียว เฮลท์ แคร์ (HSHC) จากเดิมเป็น.....บาท
<input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด	<input type="checkbox"/> ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมค่าชดเชยรายวันสำหรับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (HB) จากเดิมเป็น.....บาท
<input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด	<input type="checkbox"/> ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมฟีดแบล สเปเชียล ดีซีเอส (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 [] ผู้เอาประกันชีวิต [] 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	ร้อยละ
.....
.....
.....

อื่นๆ.....

ขอเปลี่ยนแปลงลายมือชื่อ ขอมีลายมือชื่อ (กรณีการบรรลุนิติภาวะของผู้เยาว์) โดยให้ถือว่าลายมือชื่อใหม่ของท่านที่ปรากฏต่อไปนี้ เป็นลายมือชื่อที่ใช้ในการติดต่อกับบริษัทฯ ในกรณีต่าง ๆ เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยข้างต้น

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