

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

บริษัท โตเกียวมารีนประกันภัย (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 ข้อมูล
สุขภาพ และ/หรือประวัติการรักษา หรือ ข้อมูลส่วนบุคคลประเภทอ่อนไหวอื่นๆ ให้กับบุคคลหรือหน่วยงานอื่น รวมถึง คปภ. ตามความจำเป็นตามวัตถุประสงค์ที่ท่านสามารถศึกษา
รายละเอียดแนวทางการประมวลผลของบริษัทได้ที่ 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..... ต.รอก/ชอย.....
ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์ [] [] [] [] โทรศัพท์..... (หากมีกรมธรรม์ประกันภัยฉบับอื่น โปรดระบุ).....

ขอเปลี่ยนแปลงแบบประกันภัย เป็น.....

เพิ่ม ลด จำนวนเงินเอาประกันภัย จากเดิม เป็น.....บาท

เพิ่ม ลด ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมชั่วคราวระยะเวลา (TR).....ปี จากเดิมเป็น.....บาท

เพิ่ม ลด ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมอุบัติเหตุคุ้มครองการเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ และทุพพลภาพ (AI) จากเดิมเป็น.....บาท

เพิ่ม ลด ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมอุบัติเหตุคุ้มครองการเสียชีวิต และการสูญเสียอวัยวะ (ADD) จากเดิมเป็น.....บาท

เพิ่ม ลด ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมอุบัติเหตุคุ้มครองการเสียชีวิต (ADB) จากเดิมเป็น.....บาท

เพิ่ม ลด ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมการจลาจลและสงครามกลางเมือง (RCC) ของ [] AI [] ADD [] ADB จากเดิมเป็น.....บาท

เพิ่ม ลด ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์สำหรับรักษาในโรงพยาบาลและศัลยกรรม (HS2N) [] ยกเลิก HS-N จากเดิมเป็น.....บาท

เพิ่ม ลด ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์โดยทั่วไป เฮลท์ แคร์ (HSHC) จากเดิมเป็น.....บาท

เพิ่ม ลด ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมค่าชดเชยรายวันสำหรับการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล (HB) จากเดิมเป็น.....บาท

เพิ่ม ลด ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมที่เมล สเปนเชียล ดิซิซส์ (FSD) [] FSD2 จากเดิมเป็น.....บาท

เพิ่ม ลด ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองโรคร้ายแรง [] CIR3 [] CIR2 [] CI2N [] CI3N [] ยกเลิกCIRN จากเดิมเป็น.....บาท

เพิ่ม ลด ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (PB) จากเดิมเป็น.....บาท

เพิ่ม ลด ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมชั่วคราวสำหรับผู้ชำระเบี้ย (TRP2) จากเดิมเป็น.....บาท

เพิ่ม ลด ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมยกเว้นเบี้ยประกันภัย (WP) ของ (ระบุ) จากเดิมเป็น.....บาท

เพิ่ม ลด ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองการทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร (TPD) จากเดิมเป็น.....บาท

เพิ่ม ลด ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก [] OPD 1 ซิลเวอร์ โกลด์ แพลทตินัม จากเดิมเป็น.....บาท

เพิ่ม ลด ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก [] OPD 2 ซิลเวอร์ โกลด์ 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 ผู้ใช้อำนาจปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม/เจ้าของกรมธรรม์ประกันภัย