To Be a **Good Company**

บริษัท โตเกียวมารีนประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
Tokio Marine Life Insurance (Thailand) Public Company Limited

1 อาคารเอ็มไพร์ทาวเวอร์ ชั้น 26 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทร. 02 670 1400 tokiomarine.com เลขทะเบียนบริษัท 0107540000103
1 Empire Tower Building, 26th Floor, South Sathorn Road, Yannawa, Sathorn, Bangkok 10120 Tel. 02 670 1400 tokiomarine.com Company Registration No. 0107540000103

TOKIO MARINE
INSURANCE GROUP

ถ้อยแถลงการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล:

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

บริการรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคารอัตโนมัติ รับเงินทันใจ ไม่ต้องรอ

เพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการรับเงินคืนตามระยะเวลามากยิ่งขึ้น ง่ายๆ เพียงกรอกแบบฟอร์มนี้ พร้อมแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารที่รับรองสำเนาถูกต้อง

- ❖ สะดวกสบาย ไม่ต้องเสียเวลาไปทำธุรกรรมที่ธนาคาร
- ❖ ไม่มีค่าบริการ และค่าธรรมเนียมใด ๆ ทั้งสิ้น
- ❖ ไม่ต้องรอเช็คเคลียร์ริ่ง / รอรับเช็คที่จัดส่งทางไปรษณีย์
- ❖ มั่นใจ ไม่ต้องกังวลเรื่องเช็คสูญหาย
- ❖ รับเงินคืนเมื่อครบกำหนดตามเงื่อนไขกรมธรรม์

จัดส่งใบสมัครพร้อมสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
โดยแฟกซ์มาที่หมายเลข 02-619-4083 ,ใส่ซองธุรกิจตอบรับที่แนบมานี้โดยไม่ต้องติดแสตมป์ หรือส่ง
E-mail:csc@tokiomarinelife.co.th

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ข้าพเจ้า.....ในฐานะผู้เอาประกันภัย/เจ้าของกรมธรรม์ยินยอมให้ บมจ. โตเกียวมารีนประกันชีวิต (ประเทศไทย) นำเงินผลประโยชน์ตามระยะเวลาของกรมธรรม์ดังต่อไปนี้

กรมธรรม์ เลขที่ .....ชื่อผู้เอาประกัน.....
กรมธรรม์ เลขที่ .....ชื่อผู้เอาประกัน.....
กรมธรรม์ เลขที่ .....ชื่อผู้เอาประกัน.....

เข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....ชื่อเจ้าของบัญชี.....
เลขที่บัญชี ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ประเภทบัญชี ☐ ออมทรัพย์ ☐ กระแสรายวัน
☐ แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร

ลงชื่อ ..... พยาน
( )

ลงชื่อ .....
ผู้เอาประกันภัย/เจ้าของกรมธรรม์
โทรศัพท์.....

หมายเหตุ
- ชื่อเจ้าของบัญชีต้องเป็นชื่อเดียวกับชื่อผู้เอาประกันภัยหรือเจ้าของกรมธรรม์(แล้วแต่กรณี)
- การเปลี่ยนแปลงจะมีผลบังคับในงวดถัดไปหลังจากที่บริษัทได้รับเอกสารครบถ้วน
- กรณีที่บริษัทไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีธนาคารที่ระบุไว้ได้ บริษัทจะนำส่งเงินผลประโยชน์ตามวิธีปกติ
- การเปลี่ยนแปลงเจตนาหรือรายละเอียดของบัญชีจะต้องแจ้งแก่บริษัทเป็นลายลักษณ์อักษร
- สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ ส่วนบริการผู้ถือกรมธรรม์ หมายเลขโทรศัพท์ 02-650-1400