

ตัวแทน รหัส
หน่วย รหัส
โทรศัพท์

บริษัท โตเกียวมาร์นประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

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



คำเตือน ขอสงวนสิทธิ์ไม่อนุญาตให้บุคคลใดๆ นำข้อมูลส่วนบุคคลของลูกค้าไปใช้ในทางการค้า หรือเปิดเผย หรือเผยแพร่ในสื่อสารมวลชน ทางดิจิทัล หรือทางอินเทอร์เน็ต หรือในสื่อโซเชียลมีเดีย ที่อาจเป็นการละเมิดสิทธิ์ของลูกค้า ตามกฎหมายไทย สำหรับรายละเอียดเพิ่มเติม กรุณาอ่านรายละเอียดในเอกสารนี้

ข้อความสำคัญของข้อมูลส่วนบุคคล:

ข้อมูลส่วนบุคคลที่ท่านระบุในแบบฟอร์มนี้ บริษัทจะใช้ประมวลผลเพื่อดำเนินการตามวัตถุประสงค์ที่ท่านระบุหรือร้องขอ และ ท่านยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ และ/หรือประวัติการรักษา หรือ ข้อมูลส่วนบุคคลประเภทอื่นให้กับบุคคลหรือหน่วยงานอื่น รวมถึง คปภ. ตามความจำเป็นตามวัตถุประสงค์โดยท่านสามารถศึกษารายละเอียดแนวทางการประมวลผลของบริษัทได้ที่ <https://www.tokiomarine.com/th/th-life/global/privacy-policy.html> หรือ _scanner QR Code



คำร้องขอต่ออายุและเปลี่ยนแปลงกรมธรรม์

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงและ/หรือ ขอกลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่..... ดังต่อไปนี้

1. การกลับสู่สถานะเดิมทำเบี้ยประกัน แบบย้อนหลัง แบบเปลี่ยนวันเริ่มใหม่ 2. การยกเลิก หรือลดอัตราเบี้ยประกันภัยเพิ่มพิเศษ

3. ขอเปลี่ยนแปลงจำนวนเงินเอาประกันภัย หรือ ข้อสัญญาเพิ่มเติม

สัญญาหลัก	จาก.....	เป็น.....
สัญญาเพิ่มเติม TPD	จาก.....	เป็น.....
สัญญาเพิ่มเติม HS	จาก.....	เป็น.....
สัญญาเพิ่มเติม HB	จาก.....	เป็น.....
สัญญาเพิ่มเติม OPD1	จาก.....	เป็น.....
สัญญาเพิ่มเติม OPD2	จาก.....	เป็น.....
สัญญาเพิ่มเติม CI3N	จาก.....	เป็น.....
สัญญาเพิ่มเติม FSD2	จาก.....	เป็น.....
อื่น ๆ

สัญญาเพิ่มเติม TR	จาก.....	เป็น.....
สัญญาเพิ่มเติม AI	จาก.....	เป็น.....
สัญญาเพิ่มเติม ADD	จาก.....	เป็น.....
สัญญาเพิ่มเติม ADB	จาก.....	เป็น.....
สัญญาเพิ่มเติม RCC3	จาก.....	เป็น.....
สัญญาเพิ่มเติม RCC4	จาก.....	เป็น.....
สัญญาเพิ่มเติม RCC5	จาก.....	เป็น.....
สัญญาเพิ่มเติม อื่น ๆ โปรดระบุ.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้เอาประกัน	ชื่อผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์	ชื่อผู้ซึ่งจะเบี้ยประกันภัย (บิดา/มารดา/ผู้แทนโดยชอบธรรม (ในกรณีผู้เยาว์))
1. ชื่อ-สกุล	1.....	1.....
2. อายุ	2.....	2.....
3. หมายเลขอปั๊ด	3. _____	3. _____
4. อาชีพและตำแหน่งงานประจำวันของท่าน	4.....	4.....
5. หน้าที่รับผิดชอบในงานประจำวันของท่าน	5.....	5.....
6. รายได้ต่อปี	6.....	6.....
7. ท่านใช้รถจักรยานยนต์หรือไม่	7. <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช้ในการปฏิบัติงาน <input type="checkbox"/> ใช้เป็นพาหนะ	7. <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช้ในการปฏิบัติงาน <input type="checkbox"/> ใช้เป็นพาหนะ
8. ชื่อสถานที่ทำงาน / นายจ้าง ลักษณะธุรกิจ ที่อยู่	8.....	8.....
9. ส่วนสูง..... ซม. น้ำหนัก..... กก.	9. ส่วนสูง..... ซม. น้ำหนัก..... กก.	9. ส่วนสูง..... ซม. น้ำหนัก..... กก.
10. มีการเปลี่ยนแปลงมากกว่า 3 กก.ภายในช่วง 6 เดือนหรือไม่	10. <input type="checkbox"/> เปลี่ยน <input type="checkbox"/> ไม่เปลี่ยน	10. <input type="checkbox"/> เปลี่ยน <input type="checkbox"/> ไม่เปลี่ยน
11. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง	11.....	11.....

กรุณางานลายมือชื่อในกรณีที่ไม่สามารถพิมพ์เอกสารเป็นแบบหน้าหลังในแผ่นเดียวกันได้.....

ผู้เอาประกันภัย/เจ้าของกรมธรรม์ หรือผู้แทนโดยชอบธรรม (กรณีผู้เยาว์)

ส่วนที่ 2 โปรดตอบคำถามในช่องผู้เอาประกันภัย หรือผู้เยาว์ และหากมีสัญญาเพิ่มเติม ผลประโยชน์ผู้ชำรุดบี้ประกันภัย (สำหรับกรณีรวมผู้เยาว์) กรุณาตอบคำถามในช่องผู้ชำรุดบี้ ประกันภัยด้วย	ผู้เอาประกันภัย หรือผู้เยาว์		ผู้ชำรุดบี้ประกันภัย (กรณีรวมผู้เยาว์)	
	ใช่/ เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย	ใช่/ เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย
1. มีอปีร์เบกพร่องทางร่างกายหรือสุขภาพของท่าน หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. เคพะสตวี ขณะนี้กำลังมีการตั้งครรภ์ หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. นับตั้งแต่วันที่ยื่นคำขอเอาประกันชีวิตตามกรมธรรม์ประกันภัยฉบับข้างต้น ท่านเคยถูกปฏิเสธ ถูกเลื่อนรับประกันภัย หรือเพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย หรือ รับโดยมิเงื่อนไขจากการขอ เอาประกันชีวิต หรือจากการกลับสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์ประกันภัยชีวิต หรือ การประกันภัย อุบัติเหตุใด ๆ จากบริษัทอื่นหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. นับตั้งแต่วันที่ยื่นคำขอเอาประกันชีวิตตามกรมธรรม์ประกันภัยฉบับข้างต้น ท่านเคยปรึกษา แพทย์/รับการรักษาหรือได้รับคำแนะนำให้รับการรักษา หยุดงานเป็นเวลาเกินกว่า 1 สัปดาห์ไม่ว่ากรณีใด ๆ อันเนื่องจากความเจ็บป่วย หรือ อุบัติเหตุหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. จำนวนเงินเอาประกันภัยที่มีผลบังคับอยู่และที่กำลังขอ暮ติดอยู่ (ตัวมีโปรดแจ้งรายละเอียด ชื่อบริษัทฯ จำนวนเงินเอาประกันชีวิต อุบัติเหตุ วันที่มีผลบังคับ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. ถ้าคำตอบในส่วนที่ 2 ข้อ 1-5 เป็นคำตอบรับ โปรดให้รายละเอียดเพิ่มเติม เช่น ลิ๊งที่บากพร่องทางร่างกาย, ผลการพิจารณาขับประกัน/ บริษัท, อายุครรภ์, สาเหตุและ
ผลการตรวจรักษา/วัน เดือน ปี/ ระยะเวลา และข้อที่อยู่ของแพทย์/ สถานพยาบาลที่ตรวจรักษา

.....

.....

.....

หากบริษัทต้องการหลักฐานอื่นเพิ่มเติมเพื่อประกอบการพิจารณา นอกเหนือจากที่ข้าพเจ้าได้ส่งมา พร้อมคำร้องฯ นี้ ข้าพเจ้ายินดีที่จะเปิดเผยข้อมูล หรือแสดงหลักฐานเพิ่มเติมจนเป็นที่
พอใจของบริษัท โดยค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการแสดงหลักฐาน เพื่อประกอบการพิจารณาตามคำร้องฯ ฉบับนี้ ข้าพเจ้ายินดีที่จะเป็นผู้รับผิดชอบเองทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าถ้อยแถลง หรือคำตอบขึ้นชี้ข้าพเจ้าได้ให้ข้างต้นเป็นข้อความที่ครบถ้วนสมบูรณ์และเป็นความจริง และข้าพเจ้ายอมรับว่าหากกลับสู่สถานะ
เดิมหรือการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ข้างต้นจะมีผลก็ต่อเมื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับมอบอำนาจของบริษัทฯ ได้พิจารณาอนุมัติคำขอนี้โดยชอบแล้ว

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ ไม่เคยทราบว่าเป็น หรือเคยรักษาโดยคเคนส์หรือมีเลือดบางต่อไวรัสโคงเอดส์ และข้าพเจ้าทราบดีว่าถ้าข้าพเจ้า^{และ/หรือผู้เยาว์} ป่วยเป็นโคงเอดส์หรือมีเลือดบางต่อไวรัสโคงเอดส์แล้ว บริษัทจะไม่อนุมัติการกลับสู่สถานะเดิม หรือการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ดังที่ได้ระบุไว้ในส่วนต้นของหนังสือนี้

ข้าพเจ้ายอมให้แพทย์ โรงพยาบาล คลินิก บริษัทประกันชีวิต หรือองค์กร สถาบัน หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งได้เคยรักษา หรือจะตรวจรักษา
ข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ หรือมีบันทึกหรือข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ เปิดเผยข้อมูลเท็จจริงทั้งหมดตั้งแต่มาได้ รวมทั้งยืนยอมให้บริษัททราบได้ รวมทั้งยืนยอมให้บริษัท
เปิดเผยข้อมูลเท็จจริงอันเกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ต่อบริษัทประกันชีวิตอื่น เพื่อการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเปลี่ยนแปลงใด ๆ ของกรมธรรม์
ประกันภัยของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์

เขียนที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

ลงชื่อ..... พยาน / ตัวแทน
()

ลงชื่อ..... ผู้เอาประกันภัย
()

ลงชื่อ..... พยาน / ตัวแทน
()

ลงชื่อ..... ความสัมพันธ์.....
()

บิดา มาตรา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์