



**คำขอต่ออายุสัญญาประกันภัยอุตสาหกรรมและ ค่าแถลงรับรองสุขภาพของผู้เอาประกันภัย
 กรณีไม่ต้องชำระเบี้ยประกันภัยย้อนหลัง**

เขียนที่ _____
 วันที่ _____ / _____ / _____

ข้าพเจ้า _____ เกิดวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

อายุ _____ ปี ผู้เอาประกันภัยตามกรมธรรม์ประกันภัยประเภทอุตสาหกรรมแบบ _____
 ของบริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) กรมธรรม์ประกันภัย เลขที่ _____ วันทำสัญญา _____
 ระยะเวลาเอาประกันภัย _____ ปี ชำระเบี้ยประกันภัยเดือนละ _____ บาท จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท
 ได้ชำระเบี้ยประกันภัยให้บริษัท ไว้แล้วรวม _____ เดือน และได้ขาดชำระเบี้ยประกันภัยตั้งแต่วันที่ _____ พ.ศ. _____
 เป็นต้นมา ซึ่งเป็นเหตุให้กรมธรรม์ขาดผลบังคับตามเงื่อนไขกรมธรรม์

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอต่ออายุสัญญาประกันภัยที่อ้างถึงข้างต้นเพื่อให้กรมธรรม์มีผลบังคับต่อไป โดยขอต่ออายุสัญญา
 กรณีไม่ต้องชำระเบี้ยประกันภัยย้อนหลัง โดยยินยอมให้บริษัทขยายระยะเวลาครบกำหนดตามที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ออกไปเท่ากับระยะเวลา
 ที่ข้าพเจ้าได้ขาดชำระเบี้ยประกันภัย โดยเปลี่ยนแปลงวันทำสัญญาและวันครบกำหนดตามกรมธรรม์ เป็นวันทำสัญญาประกันภัย
 _____ วันครบ กำหนด _____ และ/หรือเปลี่ยนทุนประกันภัย และ/หรือเปลี่ยนระยะเวลาเอาประกันภัยให้ถูกต้อง
 ตามอัตราที่บริษัทจะรับประกันภัยได้

ค่าแถลงสุขภาพ

ในระหว่างระยะเวลาที่ข้าพเจ้าได้ขาดชำระเบี้ยประกันภัยตลอดมาจนบัดนี้นั้น ข้าพเจ้าขอให้ค่าแถลงรับรองสุขภาพต่อบริษัทฯ ตามคำถาม
 ที่บริษัทฯ เสนอไว้ดังนี้

- (ก) ขณะนี้ท่านมีสุขภาพสมบูรณ์หรือไม่ _____
 - (ข) ร่างกายของท่านมีส่วนใดพิการบ้างไหม(ถ้ามีโปรดแจ้งรายละเอียด) _____
 - (ค) ในระยะ 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วยบ้างไหม หากเคยโปรดแจ้งว่าท่านเคยป่วยเป็นโรคอะไร เริ่มป่วยเมื่อใด _____
 ที่เดือนจิงหาย _____
 - (ง) สถานที่และนายแพทย์ที่ทำการรักษา _____
 - (จ) ท่านเคยป่วยเป็นโรคดังกล่าวข้างทำยนี้บ้างไหม หากเคยโปรดใช้เครื่องหมาย หากไม่เคยโปรดว่างไว้
- | | | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ปวดในข้อ | <input type="checkbox"/> เบาหวาน | <input type="checkbox"/> ชิฟิลิส | <input type="checkbox"/> คอพอก | <input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง | <input type="checkbox"/> เนื้องอก |
| <input type="checkbox"/> ไข้จับสั่น | <input type="checkbox"/> โรคลมชัก | <input type="checkbox"/> โรคดำไ้ | <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ | <input type="checkbox"/> โรคไต | <input type="checkbox"/> ความดันโลหิต |
| <input type="checkbox"/> โรคประสาท | <input type="checkbox"/> โรคตา | <input type="checkbox"/> โรคหู | <input type="checkbox"/> โรคปอด | <input type="checkbox"/> หรือโรคอื่นๆเช่น _____ | |

หากค่าแถลงรับรองสุขภาพของข้าพเจ้าดังกล่าวเป็นเท็จ ไม่ว่าจะโดยข้าพเจ้าปิดบังอำพรางความจริงไว้ หรือด้วยเหตุใดก็ตามจะเป็นผล
 ให้สัญญาประกันภัยของข้าพเจ้าตามกรมธรรม์ที่อ้างถึงข้างต้นตกเป็นโมฆียะ บริษัทฯมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยได้ทันที

ข้าพเจ้ารับทราบและยินยอมตกลงไว้ ณ ที่นี้ว่าหากข้าพเจ้าถึงแก่กรรมด้วยเหตุธรรมดาภายในกำหนด 180 วัน (หนึ่งร้อยแปดสิบวัน)
 นับแต่วันต่ออายุสัญญาประกันภัย บริษัทฯจะไม่จ่ายเงินตามจำนวนเงินเอาประกันภัย แต่จะคืนเฉพาะเบี้ยประกันภัยที่ข้าพเจ้าได้ชำระตั้งแต่วันที่
 ต่ออายุสัญญา ครึ่งหลังสุด ให้แก่ผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์เท่านั้น เว้นแต่ข้าพเจ้าจะถึงแก่กรรมโดยประสบอุบัติเหตุตามเงื่อนไขกรมธรรม์
 บริษัทฯ จึงจะรับผิดชอบ มรณกรรมโดยอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น นับแต่วันต่ออายุสัญญาเป็นต้นไป นอกจากนี้ข้าพเจ้ายอมรับว่าวันต่ออายุสัญญาประกันภัย
 ฉบับนี้จะเริ่มนับว่าต่ออายุสัญญา ตั้งแต่วันที่บริษัท ได้บันทึกสลักหลังไว้ในกรมธรรม์เป็นต้นไป

พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าได้ชำระเบี้ยประกันภัยในการต่ออายุสัญญา รวม _____ เดือน เป็นเงินรวมทั้งสิ้น _____ บาท
 (_____) พร้อมได้มอบกรมธรรม์ฉบับที่อ้างถึงข้างต้นมาเพื่อบริษัทพิจารณา และบันทึก
 สลักหลังกรมธรรม์ต่อไป

ข้าพเจ้าได้อ่าน และเข้าใจข้อความในเอกสารฉบับนี้ โดยตลอดแล้วเห็นว่าถูกต้องตรงตามเจตนา จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ
 ต่อหน้าพยานข้างทำยนี้ และยินยอมให้ถือเอาเอกสารฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันชีวิตฉบับที่อ้างถึงข้างต้นด้วย

ลงชื่อ _____ ผู้เอาประกันภัย
 (_____)
 ลงชื่อ _____ พยาน
 (_____)

สำหรับเจ้าหน้าที่สำนักงานใหญ่

- (1) เปลี่ยนระยะเวลาประกันภัยเป็น _____ ปี
- (2) เปลี่ยนวันทำสัญญาเป็นวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____
- (3) เมื่อวันทำสัญญาผู้เอาประกันมีอายุ _____ ปี
- (4) สัญญาครบกำหนด _____ ปี ในวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____
- (5) ต่อดอายุสัญญากรมธรรม์เมื่อวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____
- (6) ชำระเบี้ยประกันภัยต่อเดือน _____ พ.ศ. _____
- (7) เปลี่ยนการชำระเบี้ยประกันภัยเป็นเดือนละ _____ บาท
- (8) เปลี่ยนจำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท
- (9) อื่นๆ (หากมี) _____

ลงชื่อ _____ ผู้อนุมัติ
(_____)

ผู้จัดการแผนกประกันชีวิต

วันที่ _____ / _____ / _____