



คำขอต่ออายุสัญญาประกันภัย และคำแถลงรับรองสุขภาพของผู้เอาประกันภัย

กรณีชำระเบี้ยประกันภัยย้อนหลัง

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า.....ผู้เอาประกันภัยตามกรมธรรม์ประกันชีวิต

.....แบบ.....ของบริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด กรมธรรม์ประกันภัย

เลขที่.....วันเริ่มต้นสัญญา.....วันครบกำหนดสัญญา.....

ชำระเบี้ยประกันภัยเดือนละ.....บาท จำนวนเงินเอาประกัน.....บาท

ได้ชำระเบี้ยประกันภัยให้บริษัทไว้แล้วรวม.....เดือน และได้ขาดชำระเบี้ยประกันภัยตั้งแต่เดือน.....

พ.ศ. .... เป็นต้นมา ซึ่งเป็นเหตุให้กรมธรรม์ขาดผลบังคับแล้วตามเงื่อนไขกรมธรรม์

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอต่ออายุสัญญาประกันภัยตามกรมธรรม์ฉบับที่อ้างถึงข้างต้น โดยการชำระเบี้ยประกันภัยที่ค้างชำระตั้งแต่เดือน.....พ.ศ. .... จนถึงปัจจุบันรวม.....เดือน พร้อมดอกเบี้ย (ที่เงื่อนไขกรมธรรม์กำหนดให้คิดดอกเบี้ยสำหรับการต่ออายุ) รวมเป็นเงิน.....บาท ให้แก่บริษัทจนครบถ้วนแล้วในวันทำหนังสือฉบับนี้

คำแถลงสุขภาพ

ในระหว่างระยะเวลาที่ข้าพเจ้าขาดชำระเบี้ยประกันตลอดมาจนบัดนี้ ข้าพเจ้าขอให้คำแถลงรับรองต่อบริษัท ตามคำถามที่บริษัทเสนอไว้ดังนี้

(ก) ขณะนี้ท่านมีสุขภาพสมบูรณ์หรือไม่.....

(ข) ร่างกายของท่านมีส่วนใดพิการบ้างไหม (ถ้ามีโปรดแจ้งรายละเอียด).....

(ค) ในระยะ 12 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยเจ็บป่วยบ้างไหม หากเคยโปรดแจ้งว่าท่านเคยป่วยเป็นโรคอะไร เริ่มป่วยเมื่อใด รักษามานานเพียงใด จึงหาย.....

(ง) ท่านเคยป่วยเป็นโรคดังกล่าวข้างท้ายนี้บ้างไหม หากเคยโปรดใช้เครื่องหมาย  หากไม่เคยโปรดว่างไว้

- |                                   |                                       |  |                                |                                     |
|-----------------------------------|---------------------------------------|--|--------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ปวดในข้อ | <input type="checkbox"/> เบาหวาน      | <input type="checkbox"/> ซิฟิลิส                 | <input type="checkbox"/> คอพอก | <input type="checkbox"/> โรคเมะเร็ง |
| <input type="checkbox"/> เนื้ออก  | <input type="checkbox"/> ใช้จับสั้น   | <input type="checkbox"/> โรคลมชัก                | <input type="checkbox"/> โรคไต | <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"/> หรือโรคอื่น ๆ เช่น..... |                                |                                     |

ในกรณีที่ข้าพเจ้าแถลงข้อความเท็จ หรือไม่เปิดเผยข้อความจริงใดให้บริษัททราบในคำแถลงสุขภาพดังกล่าวข้างต้น ไม่ว่าจะด้วยเหตุใดก็ตาม สัญญาประกันภัยที่ข้าพเจ้าขอต่ออายุสัญญาจะตกเป็นโมฆะ บริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาได้ทันที

ข้าพเจ้าทราบดีแล้วว่า การต่ออายุสัญญาประกันภัยจะมีผลบังคับต่อเมื่อบริษัทได้อนุมัติแล้ว

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความในเอกสารฉบับนี้โดยตลอดแล้วเห็นว่าถูกต้องตรงตามเจตนาจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานข้างท้ายนี้ และยินยอมให้ถือเอาเอกสารฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันชีวิตฉบับที่อ้างถึงข้างต้นด้วย

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย

พิจารณาแล้วอนุมัติให้ต่ออายุสัญญาได้

( )

ลงชื่อ.....พยาน

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ

( )

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

ตำแหน่ง.....

( )