



**คำขอต่ออายุสัญญาประกันภัย และคำแถลงรับรองสุขภาพของผู้เอาประกันภัย
 กรณีไม่ต้องชำระเบี้ยประกันภัยย้อนหลัง**

เขียนที่ _____
 วันที่ _____ / _____ / _____

ข้าพเจ้า _____ เกิดวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

อายุ _____ ปี ผู้เอาประกันภัยตามกรมธรรม์ประกันชีวิต _____
 แบบ _____ ของบริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) กรมธรรม์ประกันภัย เลขที่ _____
 วันเริ่มต้นสัญญา _____ วันครบกำหนดสัญญา _____ ชำระเบี้ยประกันภัยเดือนละ _____ บาท
 จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท ได้ชำระเบี้ยประกันภัยให้บริษัท ไว้แล้วรวม _____ เดือน และได้ขาดชำระเบี้ยประกันภัย
 ตั้งแต่เดือน _____ พ.ศ. _____ เป็นต้นมา ซึ่งเป็นเหตุให้กรมธรรม์ขาดผลบังคับตามเงื่อนไขกรมธรรม์

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอต่ออายุสัญญาประกันภัยที่อ้างถึงข้างต้น เพื่อให้กรมธรรม์มีผลบังคับต่อไป โดยขอต่ออายุสัญญา
 กรณีไม่ต้อง ชำระเบี้ยประกันภัยย้อนหลัง โดยยินยอมให้บริษัทขยายระยะเวลาครบกำหนดตามที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ออกไปเท่ากับระยะเวลา
 ที่ข้าพเจ้าได้ขาดชำระเบี้ยประกันภัย โดยเปลี่ยนแปลงวันเริ่มต้นสัญญาและวันครบกำหนดสัญญาตามกรมธรรม์ เป็นวันเริ่มต้นสัญญา _____
 และวันครบกำหนดสัญญา _____ และ/หรือ เปลี่ยนจำนวนเงินเอาประกันภัยเริ่มต้น และ/หรือ เปลี่ยนระยะเวลาเอาประกันภัย
 ให้ถูกต้องตามอัตราที่บริษัทจะรับประกันภัยได้

คำแถลงสุขภาพ

ในระหว่างระยะเวลาที่ข้าพเจ้าได้ขาดชำระเบี้ยประกันภัยตลอดมาจนบัดนี้นั้น ข้าพเจ้าขอให้คำแถลงรับรองต่อบริษัทฯ ตามคำถาม
 ที่บริษัทฯ เสนอไว้ดังนี้

- (ก) ขณะนี้ท่านมีสุขภาพสมบูรณ์หรือไม่ _____
 - (ข) ร่างกายของท่านมีส่วนใดพิการบ้างไหม(ถ้ามีโปรดแจ้งรายละเอียด) _____
 - (ค) ในระยะ 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วยบ้างไหม หากเคยโปรดแจ้งว่าท่านเคยป่วยเป็นโรคอะไร เริ่มป่วยเมื่อใด _____
 ก็เดือนจึงหาย _____
 - (ง) สถานที่และนายแพทย์ที่ทำการรักษา _____
 - (จ) ท่านเคยป่วยเป็นโรคดังกล่าวข้างทำยนี้บ้างไหม หากเคยโปรดใช้เครื่องหมาย หากไม่เคยโปรดว่างไว้
- | | | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---|-----------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ปวดในข้อ | <input type="checkbox"/> เบาหวาน | <input type="checkbox"/> ซีฟิลิส | <input type="checkbox"/> คอพอก | <input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง | <input type="checkbox"/> เนื้องอก |
| <input type="checkbox"/> ไข้จับสั่น | <input type="checkbox"/> โรคลมชัก | <input type="checkbox"/> โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด | <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 _____ | |

ในกรณีที่ข้าพเจ้าแถลงข้อความเท็จ หรือไม่เปิดเผยข้อความจริงใดให้บริษัททราบในคำแถลงสุขภาพดังกล่าวข้างต้นไม่ว่าจะด้วย
 เหตุใดก็ตาม สัญญาประกันภัยที่ข้าพเจ้าขอต่ออายุสัญญาจะสิ้นสุดเป็นโมฆะ บริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาได้ทันที

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมว่า คำขอต่ออายุสัญญาประกันภัยฉบับนี้จะมีผลบังคับต่อเมื่อบริษัทได้อนุมัติโดยบันทึกสลักหลังไว้ในกรมธรรม์แล้ว
 พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าได้ชำระเบี้ยประกันในการต่ออายุสัญญา รวม _____ เดือน เป็นเงินรวมทั้งสิ้น _____ บาท

(_____) พร้อมทั้งได้มอบกรมธรรม์ฉบับที่อ้างถึงข้างต้นมาเพื่อบริษัทพิจารณาอนุมัติ
 โดยบันทึกสลักหลังไว้ในกรมธรรม์ต่อไป

ข้าพเจ้าได้อ่าน และเข้าใจข้อความในเอกสารฉบับนี้ โดยตลอดแล้วเห็นว่าถูกต้องตรงตามเจตนา จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ต่อหน้าพยานข้างทำยนี้ และยินยอมให้ถือเอาเอกสารฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันชีวิตฉบับที่อ้างถึงข้างต้นด้วย

ลงชื่อ _____ ผู้เอาประกันภัย
(_____)

ลงชื่อ _____ พยาน
(_____)

ลงชื่อ _____ พยาน
(_____)

สาขาฯ ขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อผู้เอาประกันภัยจริง โดยตรวจสอบจากใบคำขอเอาประกันภัย

สำหรับเจ้าหน้าที่สำนักงานใหญ่

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

ลงชื่อ _____ ผู้อนุมัติ
(_____)

วันที่ _____ / _____ / _____