



**คำขอต่ออายุสัญญาประกันภัยประเภทอุตสาหกรรม และ คำแถลงรับรองสุขภาพของผู้เอาประกันภัย
 กรณีชำระเบี้ยประกันภัยย้อนหลัง**

เขียนที่ _____

วันที่ _____ / _____ / _____

ข้าพเจ้า _____ ผู้เอาประกันภัยตามกรมธรรม์ประกันภัยประเภท
 อุตสาหกรรมแบบ _____ ของบริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ _____ วันทำ
 สัญญา _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท ชำระเบี้ยประกันเดือนละ _____ บาท ได้ชำระเบี้ย
 ประกันภัยให้บริษัท ไว้แล้วรวม _____ เดือน และได้ขาดชำระเบี้ยประกันภัยตั้งแต่วันที่ _____ เป็นต้นมาซึ่งเป็นเหตุให้
 กรมธรรม์ขาดผลบังคับตามเงื่อนไขกรมธรรม์

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอต่ออายุสัญญาประกันภัยที่อ้างถึงข้างต้น เพื่อให้กรมธรรม์มีผลบังคับต่อไปโดยขอต่ออายุสัญญา
 กรณีชำระเบี้ยประกันภัยย้อนหลัง โดยจะชำระเบี้ยประกันภัยที่ค้างตั้งแต่เดือน _____ จนถึงปัจจุบัน รวม _____ เดือน
 เป็นเงิน _____ บาท ให้แก่บริษัทฯจนครบถ้วน

คำแถลงสุขภาพ

ในระหว่างระยะเวลาที่ข้าพเจ้าได้ขาดชำระเบี้ยประกันภัยตลอดมาจนบัดนี้นั้น ข้าพเจ้าขอให้คำแถลงรับรองต่อบริษัทฯ ตามคำถาม
 ที่บริษัทฯ เสนอไว้ดังนี้

- (ก) ขณะนี้ท่านมีสุขภาพสมบูรณ์หรือไม่ _____
- (ข) ร่างกายของท่านมีส่วนใดพิการบ้างใหม่(ถ้ามีโปรดแจ้งรายละเอียด) _____
- (ค) ในระยะ 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วยบ้างใหม่ หากเคยโปรดแจ้งว่าท่านเคยป่วยเป็นโรคอะไร เริ่มป่วยเมื่อใด _____
 ก็เดือนจึงหาย _____
- (ง) สถานที่และนายแพทย์ที่ทำการรักษา _____
- (จ) ท่านเคยป่วยเป็นโรคดังกล่าวข้างทำยนี้บ้างใหม่ 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"/> โรคกล้ามเนื้อหัวใจ | <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 _____ | |

ข้าพเจ้ารับทราบและยินยอมตกลงไว้ ณ ที่นี้ว่า หากคำแถลงรับรองสุขภาพของข้าพเจ้าดังกล่าวข้างต้นนี้เป็นความจริง ไม่ว่าจะโดย
 ปิดบังอำพรางความจริงไว้ หรือจะด้วยเหตุใดก็ตามจะเป็นผลให้สัญญาประกันภัยของข้าพเจ้าตามกรมธรรม์ที่อ้างถึงข้างต้นนี้ตกเป็นโมฆะ
 บริษัทฯมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยนั้นได้ทันที

ข้าพเจ้ารับทราบและยินยอมตกลงไว้ ณ ที่นี้ว่าหากข้าพเจ้าถึงแก่กรรมด้วยเหตุธรรมดาภายในกำหนด 180 วัน (หนึ่งร้อยแปดสิบวัน)
 นับแต่วันต่ออายุสัญญาประกันภัย บริษัทฯจะไม่จ่ายเงินตามจำนวนเงินเอาประกันภัย แต่จะคืนเฉพาะเบี้ยประกันภัยที่ข้าพเจ้าได้ชำระตั้งแต่
 เดือนที่ต่ออายุสัญญาครั้งหลังสุด ให้แก่ผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์เท่านั้น เว้นแต่ข้าพเจ้าจะถึงแก่กรรมโดยอุบัติเหตุตามเงื่อนไข
 กรมธรรม์บริษัทฯ จึงจะรับผิดชอบมรดกกรรมโดยอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นนับแต่วันต่ออายุสัญญาเป็นต้นไป

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้ชำระเบี้ยประกันภัยในการต่ออายุสัญญา รวม _____ เดือน เป็นเงินรวมทั้งสิ้น _____ บาท
 มาเพื่อบริษัทฯ พิจารณา

ข้าพเจ้าได้อ่าน และเข้าใจข้อความในเอกสารฉบับนี้โดยตลอดแล้วเห็นว่าถูกต้องตรงตามเจตนา จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ
 ต่อหน้าพยานข้างทำยนี้ และยินยอมให้ถือเอาเอกสารฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันชีวิตฉบับที่อ้างถึงข้างต้นด้วย

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทฯ
 พิจารณาแล้วอนุมัติให้ต่ออายุสัญญาได้

ลงชื่อ _____ ผู้อนุมัติ
 (_____)

วันที่ _____ / _____ / _____

ลงชื่อ _____ ผู้เอาประกันภัย
 (_____)

ลงชื่อ _____ พยาน
 (_____)

ลงชื่อ _____ พยาน
 (_____)