



คำขอต่ออายุสัญญาประกันภัย และคำแถลงรับรองสุขภาพของผู้เอาประกันภัย
กรณีชำระเบี้ยประกันภัยย้อนหลัง

เขียนที่ _____

วันที่ ____ / ____ / ____

ข้าพเจ้า _____ ผู้เอาประกันภัยตามกรมธรรม์ประกันชีวิต
 แบบ _____ ของบริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ _____
 วันเริ่มต้นสัญญา _____ วันครบกำหนดสัญญา _____ ชำระเบี้ยประกันภัยเดือนละ _____ บาท
 จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท ได้ชำระเบี้ยประกันภัยให้บริษัทไว้แล้วรวม _____ เดือน และได้ขาดชำระเบี้ย
 ประกันภัยตั้งแต่เดือน _____ พ.ศ. _____ เป็นต้นมา ซึ่งเป็นเหตุให้กรมธรรม์ขาดผลบังคับแล้วตามเงื่อนไขกรมธรรม์
 ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอต่ออายุสัญญาประกันภัยตามกรมธรรม์ฉบับที่อ้างถึงข้างต้น โดยการชำระเบี้ยประกันภัยที่ค้างชำระ
 ตั้งแต่เดือน _____ พ.ศ. _____ จนถึงปัจจุบันรวม _____ เดือน พร้อมดอกเบี้ย(ที่เงื่อนไขกรมธรรม์กำหนดให้คิดดอกเบี้ย
 สำหรับการต่ออายุ) รวมเป็นเงิน _____ บาท ให้แก่บริษัทจนครบถ้วนแล้วในวันทำหนังสือฉบับนี้

คำแถลงสุขภาพ

ในระหว่างระยะเวลาที่ข้าพเจ้าได้ขาดชำระเบี้ยประกันภัยตลอดมาจนบัดนี้นั้น ข้าพเจ้าขอให้คำแถลงรับรองต่อบริษัทฯ ตามคำถาม
 ที่บริษัทฯ เสนอไว้ดังนี้

- (ก) ขณะนี้ท่านมีสุขภาพสมบูรณ์หรือไม่ _____
 - (ข) ร่างกายของท่านมีส่วนใดพิการบ้างไหม(ถ้ามีโปรดแจ้งรายละเอียด) _____
 - (ค) ในระยะ 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วยบ้างไหม หากเคยโปรดแจ้งว่าท่านเคยป่วยเป็นโรคอะไร เริ่มป่วยเมื่อใด _____
 ก็เดือนจึงหาย _____
 - (ง) 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"/> 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"/> หรือโรคอื่นๆ เช่น _____ | |

ในกรณีที่ข้าพเจ้าแถลงข้อความเท็จ หรือไม่เปิดเผยข้อความจริงใดให้บริษัททราบในคำแถลงสุขภาพดังกล่าวข้างต้นไม่ว่าจะ
 ด้วยเหตุใดก็ตาม สัญญาประกันภัยที่ข้าพเจ้าขอต่ออายุสัญญานี้จะตกเป็นโมฆียะ บริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาได้ทันที

ข้าพเจ้าทราบดีแล้วว่า การต่ออายุสัญญาประกันภัยฉบับนี้จะมีผลบังคับต่อเมื่อบริษัทได้อนุมัติแล้ว
 ข้าพเจ้าได้อ่าน และเข้าใจข้อความในเอกสารฉบับนี้ โดยตลอดแล้วเห็นว่าถูกต้องตรงตามเจตนา จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ
 ต่อหน้าพยานข้างทำยนี้ และยินยอมให้ถือเอาเอกสารฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันชีวิตฉบับที่อ้างถึงข้างต้นด้วย

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทฯ
 พิจารณาแล้วอนุมัติให้ต่ออายุสัญญาได้

ลงชื่อ _____ ผู้อนุมัติ
 (_____)

ตำแหน่ง _____

ลงชื่อ _____ ผู้เอาประกันภัย
 (_____)

ลงชื่อ _____ พยาน
 (_____)

ลงชื่อ _____ พยาน
 (_____)