



คำขอต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัย / กลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้า\*.....(โปรดคัดลอกธนาบัตรด้านล่าง)

ผู้เอาประกันภัยตามกรมธรรม์เลขที่.....มีความประสงค์จะขอต่ออายุกรมธรรม์/ ขอกลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์ดังกล่าวให้มีผลบังคับตั้งเดิมโดยวิธี

ก. ( ) ชำระเบี้ยประกันย้อนหลังพร้อมดอกเบี้ยที่กำหนดในกรมธรรม์ ข. ( ) ชดเชยเวลาครบกำหนดของกรมธรรม์

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าบริษัทฯ จะปฏิบัติตามเงื่อนไขทั่วไปว่าด้วยการไม่โต้แย้ง หรือ คัดค้านความไม่สมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

และการฆ่าตัวตายหรือถูกฆาตกรรม จะเริ่มนับตั้งแต่วันที่บริษัทฯ อนุมัติให้ต่ออายุกรมธรรม์ / กลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าขอให้ถือยถแถลงรับรองว่าตั้งแต่ก่อนและในขณะที่ทำสัญญาประกันภัย และในระหว่างที่ขาดการชำระเบี้ยประกันชีวิต

ตลอดมาจนถึงปัจจุบันนี้ ข้าพเจ้า / ผู้เอาประกันภัย

( ) ไม่เคยเจ็บป่วยหรือสุขภาพทรุดโทรมแต่ประการใดและขณะนี้สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงดี

( ) เคยเจ็บป่วยโปรดให้รายละเอียด.....

อีกทั้งข้าพเจ้า / ผู้เอาประกันภัย ไม่เคยทราบว่าเป็น หรือเคยรักษาโรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสเอดส์รวมทั้งบุคคลในครอบครัว เช่น บิดา, มารดา,สามี, ภรรยา เป็นต้นด้วย และข้าพเจ้าทราบดีว่าหากข้าพเจ้า / ผู้เอาประกันภัย รวมทั้งบุคคลในครอบครัวดังกล่าว ป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์ บริษัทจะไม่รับต่ออายุกรมธรรม์ หรือ กลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์ให้มีผลบังคับตั้งเดิม

ข้าพเจ้าขอให้รับรองว่า คำแถลงของข้าพเจ้าเกี่ยวกับสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งหากข้าพเจ้าแถลงข้อความอันเป็นเท็จ หรือ ปกปิดความเป็นจริง ซึ่งควรบอกให้แจ้ง อันจะได้แจ้งใจให้บริษัทฯ เรียกเก็บเบี้ยประกันภัยสูงขึ้นอีก หรือให้บอกปิดไม่ยอมทำสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 ให้ถือว่าการต่ออายุกรมธรรม์จากกรมธรรม์ขาดผลบังคับตกเป็นโมฆะเช่นเดียวกัน และ/หรือ การกลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์จากการที่แปลงกรมธรรม์เป็นขยายเวลา / ขอรับเงินสำเร็จ / สิ้นสุดการขยายเวลา นี้เป็นโมฆะไม่มีผลบังคับใช้ ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าการต่ออายุกรมธรรม์ และ/หรือ การกลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์ให้มีผลบังคับ ตั้งเดิมนี้ จะมีผลสมบูรณ์ต่อเมื่อบริษัทฯ เห็นชอบ และ / หรือ อนุมัติ แล้วเท่านั้น

คำรับรองนี้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันชีวิต

ลงนาม.....ผู้เอาประกันภัย / ผู้ปกครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัย \*\*  
( )

ณ วันที่.....

ลงนาม.....พยาน \*\*\*  
( )

ลงนาม.....พยาน \*\*\*  
( )

ในกรณีผู้เยาว์และผู้ปกครองได้ซื้อสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์การยกเว้นเบี้ยประกันภัยของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยโปรดกรอกข้อความต่อไปนี้

ข้าพเจ้า.....ผู้ปกครองของผู้เอาประกันภัยตามกรมธรรม์ประกันภัยข้างต้น ขอรับรองว่า ในระหว่างที่ กรมธรรม์ประกันภัยข้างต้นขาดการชำระเบี้ยประกันภัยตลอดมาจนถึงปัจจุบัน ข้าพเจ้าไม่เคยเจ็บป่วยหรือสุขภาพทรุดโทรมแต่ประการใดและขณะนี้ข้าพเจ้ามีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงดี

ลงนาม.....ผู้ปกครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัย  
( )

ณ วันที่.....

\* กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ ให้ระบุชื่อผู้เอาประกันภัยและผู้ปกครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วย (ตัวอย่างเช่น ข้าพเจ้า ค.ช.เมืองไทย รักไทย โดย นายภัทร รักไทย)

\*\* ให้ชัดเจนข้อความที่ไม่ใช่ออก

\*\*\* กรณีที่ผู้เอาประกันภัยพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือ จะต้องมิพยานลงนามรับรองให้ครบถ้วนทั้ง 2 ท่าน