



**คำขอต่ออายุสัญญากรมธรรม์**

ชื่อผู้ติดตามต่ออายุสัญญากรมธรรม์.....รหัส.....หน่วย/สาขา.....

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)**

ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ข้าพเจ้า.....ผู้เอาประกันภัยกรมธรรม์เลขที่.....

มีความประสงค์ขอต่ออายุสัญญากรมธรรม์ ดังนี้

- แบบธรรมดา โดยชำระเบี้ยประกันภัยย้อนหลังงวดที่ค้างชำระจนถึงงวดปัจจุบันที่ถึงกำหนดชำระ
- แบบพิเศษ โดยเปลี่ยนวันเริ่มประกันภัยและวันครบกำหนดสัญญาใหม่ (เลือกข้อนี้ได้เฉพาะกรมธรรม์ที่ชำระเบี้ยประกันภัยมาแล้วไม่ครบ 2 ปี)

**ถ้อยแถลงเกี่ยวกับสุขภาพของผู้เอาประกันภัย**

(1) ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ในระหว่างที่ขาดการชำระเบี้ยประกันภัย ตลอดจนในขณะที่ต่ออายุสัญญากรมธรรม์นี้ ข้าพเจ้า

- ไม่เคยเจ็บป่วย / บาดเจ็บแต่อย่างใด และมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ปกติดี
- เคยเจ็บป่วย / บาดเจ็บ (กรุณาแจ้งรายละเอียด / การวินิจฉัยโรค / ผลการรักษา / วันที่ / ระยะเวลา / แพทย์และสถานที่ตรวจรักษา ฯลฯ)

(2) ข้าพเจ้า  เคย  ไม่เคย ได้รับการตรวจหาเชื้อกามโรค / โรคเอดส์

ถ้าตอบเคย กรุณาแจ้งรายละเอียด.....

(3) ข้าพเจ้า  เคย  ไม่เคย ถูกปฏิเสธ / เลื่อนเวลา / เรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสูงกว่าปกติในการขอเอาประกันภัยหรือขอต่ออายุสัญญากรมธรรม์ที่ทำไว้กับบริษัท กรุงเทพประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือ บริษัทอื่น

ถ้าตอบเคย กรุณาแจ้งรายละเอียด.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงที่ได้ให้ไว้ข้างต้นถูกต้องครบถ้วนและเป็นความจริงทุกประการ หากปรากฏในภายหลังว่า คำแถลงดังกล่าวเป็นเท็จ บริษัทฯ มีสิทธิบอกล้างกรมธรรม์ของข้าพเจ้าได้ และยินยอมให้ถือว่า การต่ออายุสัญญากรมธรรม์ฉบับนี้ จะยังไม่ทำให้กรมธรรม์มีผลบังคับเช่นเดิมจนกว่า บริษัทฯ ได้รับหลักฐานการต่ออายุสัญญากรมธรรม์ครบถ้วน และบริษัทฯ ได้อนุมัติรับต่ออายุสัญญากรมธรรม์แล้ว โดยไม่มีผลบังคับย้อนหลัง

ข้าพเจ้ายินยอมชำระค่าตรวจสุขภาพ (ถ้ามี) และจะไม่เรียกร้องค่าตรวจสุขภาพคืนในกรณีบริษัทฯ ไม่สามารถต่ออายุสัญญากรมธรรม์หรือต่ออายุสัญญากรมธรรม์โดยมีเงื่อนไขชนิดแพกไปจากเดิม

**ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นที่เข้าใจดีแล้ว จึงลงลายมือชื่อให้ไว้เป็นสำคัญ**

ลงนาม.....ผู้เอาประกันภัย / ผู้ปกครองตามกรมธรรม์

(.....)

วันที่.....

พยาน.....

พยาน.....

(.....)

(.....)

**\* ในกรณีกรมธรรม์ที่ซื้อสัญญาเพิ่มเติมยกเว้นเบี้ยประกันภัยผู้ปกครอง (พป.) / เฉพาะกาลผู้ปกครอง (ฉป.) กรุณากรอกข้อความดังนี้ \***

ข้าพเจ้า.....ผู้ปกครองของผู้เอาประกันภัยตามกรมธรรม์เลขที่.....ขอรับรองว่า ในระหว่างที่กรมธรรม์ประกันภัยข้างต้นขาดการชำระเบี้ยประกันภัยตลอดจนในขณะที่ข้าพเจ้าต่ออายุสัญญากรมธรรม์

สุขภาพของข้าพเจ้า.....

ลงนาม.....ผู้ปกครองตามกรมธรรม์

(.....)

- หมายเหตุ - กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ / ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ให้ผู้ปกครองและพยานลงนาม 2 ท่าน และหากผู้เยาว์ไม่สามารถลงนามให้ผู้ปกครองตามกรมธรรม์ลงนามแทนผู้เอาประกันภัย
- การชำระเบี้ยประกันภัยให้กับตัวแทนของบริษัทฯ กรุณาขอใบรับเงินชั่วคราวทุกครั้ง