



ชื่อตัวแทนผู้ให้บริการ.....รหัส.....เบอร์มือถือ.....หน่วย/สาขา.....

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)**

ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

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

มีความประสงค์ขอต้ออายุสัญญากรมธรรม์ / กลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์ดังนี้

**แบบประกันสามัญทั่วไป**

**แบบธรรมดา** โดยชำระเบี้ยประกันภัยย้อนหลังงวดที่ค้างชำระจนถึงงวดปัจจุบันที่ถึงกำหนดชำระ

**แบบพิเศษ** โดยเปลี่ยนวันเริ่มประกันภัยและวันครบกำหนดสัญญาใหม่ (เลือกข้อนี้ได้เฉพาะกรณีที่กรมธรรม์ขาดอายุเกิน 1 ปี แต่ไม่เกิน 5 ปี)

**แบบประกันยูนิคัล** โดยชำระเบี้ยประกันภัยดังนี้

ชำระเบี้ยประกันภัยหลัก จำนวน 1 งวด สำหรับเบี้ยประกันภัยราย 3 เดือน, ราย 6 เดือน และ รายปี

ชำระเบี้ยประกันภัยหลัก จำนวน 3 งวด สำหรับเบี้ยประกันภัยรายเดือน

กรณีที่กรมธรรม์มีสัญญาเพิ่มเติมประกันสุขภาพมาตรฐานใหม่ ที่มีหัวข้อ “การต่ออายุกรณีสัญญาเพิ่มเติมสิ้นผลคุ้มครอง (Reinstatement)” ในข้อกำหนดทั่วไป ได้กำหนดไว้ว่า “ผู้เอาประกันภัยอาจขอให้สัญญาเพิ่มเติมกลับมาเริ่มคุ้มครองใหม่ ภายใน 90 วัน นับจากวันที่ครบกำหนดชำระเบี้ยประกันภัย สำหรับกรมธรรม์สามัญทั่วไป หรือ ภายใน 90 วัน นับจากวันที่ครบกำหนดชำระค่าการประกันภัยสำหรับกรมธรรม์ยูนิคัล โดยความยินยอมของบริษัท”

ดังนั้นหากสัญญาเพิ่มเติมประกันสุขภาพนั้นได้สิ้นผลคุ้มครองลง เกิน 90 วัน แล้ว ตามเงื่อนไขดังกล่าว บริษัทไม่สามารถรับต่ออายุสัญญาเพิ่มเติมประกันสุขภาพให้ท่านได้ หากท่านมีความประสงค์ให้มีความคุ้มครองสัญญาเพิ่มเติมประกันสุขภาพ โปรดแสดงความประสงค์ของท่าน

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้กรมธรรม์มีความคุ้มครองสัญญาเพิ่มเติมประกันสุขภาพแบบทำกรมธรรม์ที่เคยมีอยู่

โดยการแจ้งความประสงค์ในครั้งนี้จะถือว่า เป็นการขอซื้อสัญญาเพิ่มเติมประกันสุขภาพแบบทำกรมธรรม์

(กรุณาแสดงรายละเอียดในใบคำขอเอาประกันชีวิต ชนิดมีคำถามสุขภาพอย่างละเอียด พร้อมการแจ้งความประสงค์)

หมายเหตุ หากท่านไม่ระบุความประสงค์ บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ว่าท่านไม่มีความประสงค์ให้กรมธรรม์มีความคุ้มครองตามสัญญาเพิ่มเติมประกันสุขภาพแบบทำกรมธรรม์ที่เคยมีอยู่

**ถ้อยแถลงเกี่ยวกับสุขภาพของผู้เอาประกันภัย**

(1) ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ตั้งแต่ก่อนและในขณะที่ขอทำสัญญาประกันภัย และในระหว่างที่ขาดการชำระเบี้ยประกันภัย ตลอดมาจนถึงปัจจุบันนี้ ข้าพเจ้า / ผู้เอาประกันภัย

ไม่เคยเจ็บป่วย / ไม่มีอาการผิดปกติ / ไม่บาดเจ็บแต่ประการใด และขณะนี้สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงดี

เคยเจ็บป่วย / มีอาการผิดปกติ / บาดเจ็บ (กรุณาแจ้งรายละเอียด / การวินิจฉัยโรค / การตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ / ผลการรักษา / วันที่ / ระยะเวลา / แพทย์และสถานที่ตรวจรักษา ฯลฯ).....

(2) ข้าพเจ้า  ไม่เคย  เคย เข้ารับการตรวจสุขภาพ / ตรวจเลือดหรือตรวจทางการแพทย์อื่นๆ

ถ้าตอบเคย กรุณาแจ้งรายละเอียด.....

(3) ข้าพเจ้า  ไม่เคย  เคย ถูกปฏิเสธ / เลื่อนเวลา / เรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสูงกว่าปกติในการขอเอาประกันภัยหรือขอต่ออายุสัญญากรมธรรม์ / กลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์ ที่ทำไว้กับบริษัท กรุงเทพประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือ บริษัทอื่น

ถ้าตอบเคย กรุณาแจ้งรายละเอียด.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงที่ได้ให้ไว้ข้างต้นถูกต้องครบถ้วนและเป็นความจริงทุกประการ หากปรากฏในภายหลังว่า คำแถลงดังกล่าวเป็นเท็จ บริษัทฯ มีสิทธิบอกล้างกรรมธรรม์ของข้าพเจ้าได้ และยินยอมให้ถือว่า การต่ออายุสัญญากรรมธรรม์ / กลับคืนสู่สถานะเดิมของกรรมธรรม์ฉบับนี้ จะยังไม่ทำให้กรรมธรรม์มีผลบังคับเช่นเดิมจนกว่า บริษัทฯ ได้รับหลักฐานการต่ออายุสัญญากรรมธรรม์ / กลับคืนสู่สถานะเดิมของกรรมธรรม์ครบถ้วน และบริษัทฯ ได้อนุมัติรับต่ออายุสัญญากรรมธรรม์ / กลับคืนสู่สถานะเดิมของกรรมธรรม์แล้ว โดยไม่มีผลบังคับย้อนหลัง

ข้าพเจ้ายินยอมชำระค่าตรวจสุขภาพ (ถ้ามี) และจะไม่เรียกร้องค่าตรวจสุขภาพคืนในกรณีที่บริษัทฯ ไม่สามารถต่ออายุสัญญากรรมธรรม์ / กลับคืนสู่สถานะเดิมของกรรมธรรม์ หรือต่ออายุสัญญากรรมธรรม์ / กลับคืนสู่สถานะเดิมของกรรมธรรม์โดยมีเงื่อนไขผิดแผกไปจากเดิม

**ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นที่เข้าใจดีแล้ว จึงลงลายมือชื่อให้ไว้เป็นสำคัญ**

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

พยาน/ ตัวแทน/ นายหน้าประกันชีวิต

ผู้เอาประกันภัย

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

พยาน

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม/  
ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เอาประกันภัย  
(กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

**กรณีที่กรรมธรรม์ซื้อสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัยโปรดกรอกข้อความต่อไปนี้**

ข้าพเจ้า..... ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามสัญญาประกันภัยข้างต้น ขอรับรองว่าในระหว่างที่กรรมธรรม์ประกันภัยข้างต้นขาดการชำระเบี้ยประกันภัยตลอดจนถึงปัจจุบันข้าพเจ้า ไม่เคยเจ็บป่วย / ไม่มีอาการผิดปกติ / ไม่บาดเจ็บแต่ประการใด และขณะนี้ มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงดี

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

พยาน/ ตัวแทน/ นายหน้าประกันชีวิต

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

(ลงชื่อ).....

(.....)

พยาน

**หมายเหตุ**

- 1.กรณีสมาชิกแนบบัตรประจำตัวประชาชน และลงนามรับรองสำเนาถูกต้องพร้อมการยื่นคำร้อง
- 2.กรณีผู้เอาประกันภัย / ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม/ ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เอาประกันภัย ลงนามโดยการพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องระบุมือ และ นิ้วข้างที่พิมพ์ และจะต้องมีพยานลงนามรับรองอย่างน้อย 2 คน พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของพยาน และลงนามรับรองสำเนาถูกต้องพร้อมการยื่นคำร้อง