



บริษัท กรุงเทพ-เอ็กซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)  
 เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามยา 9 ชั้น 1, 22-27  
 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310  
 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159 ทะเบียนเลขที่ 0107555000376  
 www.krungthai-axa.co.th

คำร้องขอแก้ไขเพิ่มเติมใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่  -

ข้าพเจ้า  ณ ที่นี้ ขอยื่นคำร้องขอแก้ไขเพิ่มเติมรายละเอียดดังต่อไปนี้

เปลี่ยนแบบประกันชีวิตเป็นแบบ

เพิ่ม  ลด  จำนวนเงินเอาประกันภัยเป็น

เพิ่ม  ลด  ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมการยกเว้นเบี้ยประกันภัย ดับบลิวพี พิต (WPTPD) เป็น  บาท

เพิ่ม  ลด  ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมการยกเว้นเบี้ยประกันภัย ดับบลิวพี บียอนด์ (WPTPDCI) เป็น  บาท

เพิ่ม  ลด  ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ย พีบี พิต (บีดา มารดา)(PBPDD) เป็น  บาท

เพิ่ม  ลด  ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ย พีบี บียอนด์ (บีดา มารดา)(PBPDDCI) เป็น  บาท

เพิ่ม  ลด  ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ย พีบี พิต (คู่สมรส)(PBSDD) เป็น  บาท

เพิ่ม  ลด  ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ย พีบี บียอนด์ (คู่สมรส)(PBSDDCI) เป็น  บาท

เพิ่ม  ลด  ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมการเสียชีวิต อวัยวะและการรักษา (ECARE) เป็น  บาท

เพิ่ม  ลด  ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมการเสียชีวิต และการสูญเสียอวัยวะเนื่องจากอุบัติเหตุ (AP) เป็น  บาท

เพิ่ม  ลด  ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมค่ารักษาพยาบาล เอ็กซ์ตรา (MEA Extra) เป็น  1200  2200  3200  4200  6200

เพิ่ม  ลด  ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมค่าชดเชยรายวัน (MEB) เป็น  500  1000  2000  3000  4000  5000

เพิ่ม  ลด  ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมค่าชดเชยรายวันเนื่องจากโรคมะเร็ง (HIC) (10 แผน เริ่มตั้งแต่ 1,000 - 10,000 บาท ต่อวัน)

เป็น  บาท

เพิ่ม  ลด  ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมเสียชีวิตและโรคร้ายแรง (DCI) เป็น  บาท

เพิ่ม  ลด  ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองโรคมะเร็ง (CPR) เป็น  บาท

เพิ่ม  ลด  ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมแบบชั่วคราวระยะเวลา (PLS) เป็น  บาท

เพิ่ม  ลด  ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมความคุ้มครองทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงถาวร (TPD) เป็น  บาท

เพิ่ม  ลด  ยกเลิก แผนประกันคุ้มครองโรคร้ายแรง ไอแคร์ (iCare) เป็น

แผน 500,000  แผน 1,000,000  แผน 1,500,000  แผน 2,000,000

แผน 2,500,000  แผน 3,000,000  แผน 4,000,000  แผน 5,000,000

เพิ่ม  ลด  ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมค่ารักษาพยาบาล ไอเฮลท์ตี้ อัลตรา (iHealthy Ultra Rider) เป็น

แผนสมาร์ท MHP 1  แผนบรอนซ์ MHP 2  แผนซิลเวอร์ MHP 3

แผนโกลด์ MHP 4  แผนไดมอนด์ MHP 5  แผนแพลทินัม MHP 6

เปลี่ยนระยะเวลาของสัญญาเพิ่มเติมแบบชั่วคราวระยะเวลา (PLS) เป็น  5 ปี  10 ปี  12 ปี  15 ปี

ยืนยันตอบคำถามสุขภาพตามใบคำขอเอาประกันชีวิต ข้อ  ไม่ใช่/ไม่เคย  ใช่/เคย

ยืนยันส่วนสูง  ซม. น้ำหนัก  กก. ใน 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวเพิ่ม  กก. ลด  กก.

มีสาเหตุจาก

ยอมรับการเพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เนื่องจากอาชีพในอัตรา  บาท ต่อพัน ต่อปี

ยินยอมไม่คุ้มครองจากการจลาจล สงครามกลางเมือง ฆาตกรรม และการถูกลอบทำร้าย

เปลี่ยนที่อยู่  สถานที่ติดต่อเป็น  เปลี่ยนผู้รับประโยชน์เป็น (ระบุชื่อ-นามสกุล อายุ ความสัมพันธ์)  อื่น ๆ

และข้าพเจ้าขอรับรองว่า สุขภาพของข้าพเจ้า ไม่มีการเปลี่ยนแปลง และข้าพเจ้าไม่ได้รับการรักษาโรค ปรึกษาแพทย์ หรือตรวจโรคแต่อย่างใดเลยนับตั้งแต่วันที่ยื่นใบคำขอเอาประกันชีวิตดังกล่าว และขอรับรองต่อไปอีกว่า คำตอบทั้งหมดของข้าพเจ้าที่ได้เขียนไว้ในใบคำขอเอาประกันชีวิตดังกล่าว รวมทั้งเรื่องราวทั้งหลายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพของข้าพเจ้าด้วย ยังคงเป็นความจริงตามเดิมทุกประการ

ลงชื่อ ณ  วันที่  เดือน  พ.ศ.

ลงนามต่อหน้า

(  )

พยาน/ตัวแทน

ลงนาม

(  )

ลายมือชื่อของผู้เอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ

ให้บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ลงนามเป็นพยานด้วย)

ลงนามต่อหน้า

(  )

พยาน/ตัวแทน

