

ใบคำร้องขอคืนสถานะกรมธรรม์ ชนิดมีคำถามสุขภาพ (สำหรับช่องทางพบหน้า)	คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ผู้เอาประกันภัยจะตอบคำถามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจจะเป็นเหตุทำให้บริษัท ผู้รับประกันชีวิตไม่จ่ายเงินทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลผลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865
ชื่อ-สกุลตัวแทน รหัส ทีม	
กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่	
ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้เอาประกันภัย คำนำหน้า ชื่อ-สกุล เบอร์โทรศัพท์มือถือ	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และ/หรือผู้ให้ความยินยอมในฐานะบิดา/มารดา ผู้แทนโดยชอบธรรม (กรณีผู้เยาว์เป็นผู้เอาประกันภัย) คำนำหน้า ชื่อ-สกุล เบอร์โทรศัพท์มือถือ
ส่วนที่ 2 ตอบคำถามสุขภาพของผู้เอาประกันภัย 1) น้ำหนัก กก. ส่วนสูง ซม. 2) ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ตั้งแต่ก่อนและในขณะที่ขอทำสัญญาประกันภัย และในระหว่างที่ขาดการชำระเบี้ยประกันภัย ตลอดมาจนถึงปัจจุบันนี้ ข้าพเจ้า / ผู้เอาประกันภัย ☐ ไม่เคยเจ็บป่วย / ไม่มีอาการผิดปกติ / ไม่บาดเจ็บแต่ประการใด และขณะนี้มีความสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงดี ☐ เคยเจ็บป่วย / มีอาการผิดปกติ / บาดเจ็บ (กรุณาแจ้งรายละเอียด / การวินิจฉัยโรค / การตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ / ผลการรักษา / วันที่ / ระยะเวลา / แพทย์และสถานที่ตรวจรักษา ฯลฯ) 3) ข้าพเจ้า เคย เข้ารับการตรวจสุขภาพ / ตรวจเลือดหรือตรวจทางกายภาพอื่นๆ ☐ ไม่เคย ☐ เคย <u>ถ้าตอบเคย กรุณาแจ้งรายละเอียด</u> 4) ข้าพเจ้า เคยถูกปฏิเสธ / เลื่อนรับประกันภัย / เรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสูงกว่าปกติในการขอเอาประกันภัยหรือขอต่ออายุสัญญากรมธรรม์ / กลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์ที่ทำไว้กับบริษัทฯนี้ หรือ บริษัทอื่น ☐ ไม่เคย ☐ เคย <u>ถ้าตอบเคย กรุณาแจ้งรายละเอียด</u>	
ส่วนที่ 3 กรณีที่กรมธรรม์มีข้อสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัย โปรดกรอรายละเอียดดังต่อไปนี้ ข้าพเจ้า ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามสัญญาประกันภัยข้างต้น ขอรับรองว่าในระหว่างที่กรมธรรม์ประกันภัยข้างต้น ขาดการชำระเบี้ยประกันภัยตลอดจนถึงปัจจุบัน ข้าพเจ้า / ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย มี น้ำหนัก กก. ส่วนสูง ซม. และ ☐ ไม่เคยเจ็บป่วย / ไม่มีอาการผิดปกติ / ไม่บาดเจ็บแต่ประการใด และขณะนี้มีความสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงดี ☐ เคยเจ็บป่วย / มีอาการผิดปกติ / บาดเจ็บ (กรุณาแจ้งรายละเอียด / การวินิจฉัยโรค / การตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ / ผลการรักษา / วันที่ / ระยะเวลา / แพทย์และสถานที่ตรวจรักษา ฯลฯ)	

หากท่านมีสัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยสุขภาพแบบท้ายกรมธรรม์ ที่กำหนดเงื่อนไขในหัวข้อ "การต่ออายุกรณีสัญญาเพิ่มเติมสิ้นสุดคุ้มครอง (Reinstatement)" ไว้ว่า "ผู้เอาประกันภัยจะขอให้สัญญาเพิ่มเติมกลับมามีผลคุ้มครองใหม่ภายใน 90 วัน นับจากวันที่ครบกำหนดชำระเบี้ยประกันภัยโดยความยินยอมของบริษัทฯ" และหากสัญญาเพิ่มเติมนั้นได้สิ้นสุดคุ้มครองเกิน 90 วัน แล้ว ตามเงื่อนไขดังกล่าว บริษัทฯ ไม่สามารถต่ออายุสัญญาเพิ่มเติมดังกล่าวให้ท่านได้

กรณีที่ขอต่ออายุสัญญาประกันภัยเกิน 90 วัน ซึ่งตามเงื่อนไขดังกล่าวข้างต้น ในส่วนของสัญญาเพิ่มเติมประกันภัยสุขภาพบริษัทฯ ไม่สามารถต่ออายุให้ท่านได้ ดังนั้น หากท่านยังมีความประสงค์ให้มีความคุ้มครองตามสัญญาเพิ่มเติมดังกล่าว โปรดแสดงความประสงค์ของท่าน

☐ ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้กรมธรรม์มีความคุ้มครองตามสัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยสุขภาพ แบบท้ายกรมธรรม์ที่เคยมีอยู่ โดยการแจ้งความประสงค์ในครั้งนี้จะถือว่าเป็นการขอซื้อสัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยสุขภาพใหม่เพื่อแนบท้ายกรมธรรม์

หมายเหตุ หากท่านไม่ระบุความประสงค์ บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ว่าท่านไม่มีความประสงค์ให้กรมธรรม์มีความคุ้มครองตามสัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยสุขภาพแบบท้ายกรมธรรม์ที่เคยมีอยู่



นโยบายความเป็น
ส่วนตัวของบริษัทฯ

ทั้งนี้ ข้าพเจ้า / ผู้เอาประกันภัย / ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และ/หรือผู้ให้ความยินยอมในฐานะบิดา/มารดา ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย ขอยืนยันว่า ไม่เป็น/ไม่ทราบว่าเป็น หรือเคยรักษาโรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสเอชไอวีรวมทั้งบุคคลในครอบครัว และข้าพเจ้าทราบดีว่าหากข้าพเจ้า รวมทั้งบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสเอชไอวี บริษัทฯ จะไม่รับต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือกลับคืนสู่สถานะเดิมของสัญญาประกันภัยให้มีผลบังคับตั้งเดิม

ข้าพเจ้าขอให้คำรับรองว่า คำแถลงของข้าพเจ้าเกี่ยวกับสุขภาพเป็นจริงทุกประการ ซึ่งหากข้าพเจ้าแถลงข้อความอันเป็นเท็จ หรือปกปิดความเป็นจริงซึ่งควรบอกให้ชัดเจนอันจะได้แจ้งใจให้บริษัทฯ เรียกเก็บเบี้ยประกันภัยสูงขึ้นอีก หรือให้บอกปิดไม่ยอมทำสัญญาตามประมวลผลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 ให้ถือว่า การต่ออายุสัญญาประกันภัยขาดผลบังคับตกเป็นโมฆะเช่นเดียวกัน และ / หรือ การกลับคืนสู่สถานะเดิมของสัญญาประกันภัย จากการที่แปลงสัญญาประกันภัยเป็นขายเวลา / ขอรับเงินสำเนา / สิ้นสุดการขายเวลานี้เป็นโมฆะไม่มีผลบังคับใช้ ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าการต่ออายุสัญญาประกันภัย และ / หรือ การกลับคืนสู่สถานะเดิมของสัญญาประกันภัยให้มีผลบังคับตั้งเดิม จะมีผลสมบูรณ์ก็ต่อเมื่อบริษัทฯอนุมัติแล้วเท่านั้น และบริษัทฯ จะปฏิบัติตามเงื่อนไขที่ว่าด้วยการไม่ได้แย้ง หรือคัดค้านความไม่สมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย และการฆ่าตัวตาย หรือถูกฆาตกรรม ซึ่งจะเริ่มนับตั้งแต่วันที่บริษัทฯ อนุมัติให้ต่ออายุสัญญาประกันภัย / กลับคืนสู่สถานะเดิมของสัญญาประกันภัย

เขียนที่..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ลงชื่อ (.....)
พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต
รหัสพนักงาน(เจ้าหน้าที่ลูกค้าสัมพันธ์)

ลงชื่อ (.....)
พยาน

ลงชื่อ (.....)
ผู้เอาประกันภัย
(ผู้เอาประกันภัยที่อายุ 10 ปีขึ้นไป จะต้องลงนามด้วยตนเอง)

ลงชื่อ (.....)
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และ/หรือผู้ให้ความยินยอมในฐานะ
☐ บิดา/มารดา ☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย
(กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

หมายเหตุ : กรุณาแนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย และ ในกรณีผู้เอาประกันภัยต่ำกว่า 20 ปี
กรุณานำสำเนาบัตรประชาชนของผู้ให้ความยินยอมในฐานะบิดา/มารดา ผู้แทนโดยชอบธรรม

สำหรับเจ้าหน้าที่ดำเนินการ
Customer Service Dept.
วันเริ่มมีผลบังคับ..... ชาติผลบังคับ..... วัน ระยะเวลาที่ขาดส่งเบี้ย..... วัน
IMP : Claim :
Underwriter :

รายละเอียดการเก็บเบี้ยประกันภัย เพื่อการต่ออายุ และการซื้อใหม่/ซื้อสัญญาเพิ่มเติม (ถ้ามี)

แบบประกันภัย	งวดที่เรียกเก็บเบี้ยประกันภัย	จำนวนเงิน (บาท)	งวดที่เรียกเก็บถัดไป
แบบประกัน			
รวมจำนวนเงิน			

ชำระโดย : ☐ บัตรเครดิตเลขที่ ☐ โอนเงินเข้าบัญชีบริษัทฯ ชำระเมื่อวันที่.....
☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ ลายมือเจ้าหน้าที่..... วันที่