

คำเตือน ผู้เอาประกันภัยต้องตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ หากปกปิด
ข้อเท็จจริงใดๆ อาจเป็นเหตุให้ผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายค่าสินไหมทดแทนตาม
สัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

ใบขอต่ออายุสัญญาประกันภัย/หนังสือรับรองสุขภาพ

ใช้เพื่อขอ ต่ออายุชำระเบี้ยประกันภัยย้อนหลัง เปลี่ยนวันเริ่มสัญญาใหม่
 เปลี่ยนแปลงกรมธรรม์
กรมธรรม์เลขที่
ผู้เอาประกันภัย

*** กรมธรรม์ผู้เยาว์ที่มีความคุ้มครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัยแบบอยู่ โปรดตอบคำถามในช่องผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วย ***

ผู้เอาประกันภัย	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
ชื่อ-นามสกุล อายุปี เลขที่บัตรประชาชน/หนังสือเดินทาง..... วันเดือนปีเกิด.....สถานภาพ <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> หย่า ที่อยู่ปัจจุบัน..... โทรศัพท e-mail..... ชื่อสถานที่ทำงาน..... ที่อยู่สถานที่ทำงาน.....	ชื่อ-นามสกุล อายุปี เลขที่บัตรประชาชน/หนังสือเดินทาง..... วันเดือนปีเกิด.....สถานภาพ <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> หย่า ที่อยู่ปัจจุบัน..... โทรศัพท e-mail..... ชื่อสถานที่ทำงาน..... ที่อยู่สถานที่ทำงาน.....
1. ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก. <input type="checkbox"/> ไม่เปลี่ยนแปลง <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลง เนื่องจาก	1. ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก. <input type="checkbox"/> ไม่เปลี่ยนแปลง <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลง เนื่องจาก
2. อาชีพปัจจุบัน รายได้ต่อปี ลักษณะงาน.....	2. อาชีพปัจจุบัน รายได้ต่อปี ลักษณะงาน.....
3. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ การตรวจสุขภาพ ตรวจชิ้นเนื้อ ตรวจเพื่อ วินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือการตรวจ ด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือการบาดเจ็บ เจ็บป่วย รับการผ่าตัด ปรีกษาแพทย์ หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ หรือการรักษาในสถานพยาบาลหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้าเคยกรุณาระบุรายละเอียด.....	3. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ การตรวจสุขภาพ ตรวจชิ้นเนื้อ ตรวจเพื่อ วินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือการตรวจ ด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือการบาดเจ็บ เจ็บป่วย รับการผ่าตัด ปรีกษาแพทย์ หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ หรือการรักษาในสถานพยาบาลหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้าเคยกรุณาระบุรายละเอียด.....
4. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัยหรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ ว่าป่วยเป็นโรคตาม รายการด้านล่างนี้หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย(หากเคยโปรดระบุรายละเอียดด้านล่าง) <input type="checkbox"/> โรคหอบหืด <input type="checkbox"/> โรคปอดหรือปอดอักเสบ <input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ <input type="checkbox"/> โรคแผลในทางเดินอาหาร <input type="checkbox"/> โรคตับหรือทางเดินน้ำดี <input type="checkbox"/> โรคเมะเร็ง <input type="checkbox"/> เนื้องอก ก้อน หรือถุงน้ำ <input type="checkbox"/> โรคออสหรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง <input type="checkbox"/> โรคเลือด <input type="checkbox"/> โรคไต <input type="checkbox"/> โรคข้ออักเสบ <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน <input type="checkbox"/> โรคจิต <input type="checkbox"/> พิการทางร่างกาย ถ้าเคยเมื่อไร.....สถานพยาบาลที่รักษา.....	4. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัยหรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ ว่าป่วยเป็นโรคตาม รายการด้านล่างนี้หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย(หากเคยโปรดระบุรายละเอียดด้านล่าง) <input type="checkbox"/> โรคหอบหืด <input type="checkbox"/> โรคปอดหรือปอดอักเสบ <input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ <input type="checkbox"/> โรคแผลในทางเดินอาหาร <input type="checkbox"/> โรคตับหรือทางเดินน้ำดี <input type="checkbox"/> โรคเมะเร็ง <input type="checkbox"/> เนื้องอก ก้อน หรือถุงน้ำ <input type="checkbox"/> โรคออสหรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง <input type="checkbox"/> โรคเลือด <input type="checkbox"/> โรคไต <input type="checkbox"/> โรคข้ออักเสบ <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน <input type="checkbox"/> โรคจิต <input type="checkbox"/> พิการทางร่างกาย ถ้าเคยเมื่อไร.....สถานพยาบาลที่รักษา.....
5. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกัน เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลง เงื่อนไขสำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอลดคืนผู้สวดานะเดิม หรือการขอ ต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้าเคยเรื่อง จากบริษัท	5. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกัน เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลง เงื่อนไขสำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอลดคืนผู้สวดานะเดิม หรือการขอ ต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้าเคยเรื่อง จากบริษัท

- ข้าพเจ้าขอรับรองว่าค่าแถลงข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตาม
กฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัย การต่ออายุ การเปลี่ยนแปลงกรมธรรม์หรือการจ่ายเงินคืนกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยเพื่อ
ประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เขียนที่
ลงชื่อ.....(ผู้เอาประกันภัย)
(.....)

วันที่เดือน.....พ.ศ.....
ลงชื่อ.....(ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย)
(.....)

ลงชื่อ.....(พยาน)
(.....)

ลงชื่อ.....(พยาน)
(.....)