

## คำร้องขอต่ออายุ / กลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์

กรมธรรม์เลขที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า..... หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ .....

ผู้เอาประกันภัยกรมธรรม์ของ บริษัท เอ็ม บี เคไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) มีความประสงค์ขอต่ออายุกรมธรรม์ /ขอ  
กลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์ โดยวิธีชำระเบี้ยประกันย้อนหลังพร้อมดอกเบี้ยที่กำหนดในกรมธรรม์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าขณะนี้สุขภาพของข้าพเจ้าสมบูรณ์แข็งแรงดีและไม่เคยได้รับการตรวจและ/หรือการวินิจฉัยโรค  
ด้วยเครื่องมือหรือวิธีการใดๆ ข้าพเจ้าไม่เคยได้รับคำแนะนำ ปรีกษา จากแพทย์ ให้รักษาตัวในโรงพยาบาลหรือคลินิก ด้วย  
สาเหตุเจ็บป่วยใดๆ

ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด  วันที่..... สถานพยาบาล..... สาเหตุ..... การวินิจฉัยโรค.....

### คำรับรองนี้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันชีวิต

ลงชื่อ.....พยาน

( )

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย

( )

ลงชื่อ.....พยาน

( )

ลงชื่อ.....ผู้ชำระเบี้ย(กรณีผู้เยาว์)

( )

### เอกสารประกอบคำร้องขอต่ออายุ / กลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์

- กรณีขาดอายุไม่เกิน 90 วัน\* = คำร้องขอต่ออายุกรมธรรม์
  - กรณีขาดอายุตั้งแต่ 91-180 วัน\* = คำร้องขอต่ออายุกรมธรรม์, หนังสือรับรองสุขภาพ (ผู้เอาประกันรับรองเอง)
  - กรณีขาดอายุตั้งแต่ 181 วัน\* = คำร้องขอต่ออายุกรมธรรม์, ใบตรวจสุขภาพ (แพทย์เป็นผู้รับรอง)
- แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้เอาประกัน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทุกกรณี \* วันที่ขาดอายุนับแต่วันที่ขาดการชำระเบี้ย

\*\* บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการขอผลตรวจสุขภาพเพิ่มเติมจากการแถลงข้อมูลในหนังสือรับรองสุขภาพ

\*\*\* การขอต่ออายุกรมธรรม์ / กลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์ ตามคำร้องฉบับนี้ จะมีผลสมบูรณ์ต่อเมื่อบริษัทฯ อนุมัติแล้วเท่านั้น