



คำร้องขอแก้ไขเพิ่มเติมใบคำขอเอาประกันภัย

ข้าพเจ้า

ณ ที่นี้ ขอยื่นคำร้องขอแก้ไขเพิ่มเติมรายละเอียดดังต่อไปนี้

15. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี

หากเคย กรุณากำหนดเครื่องหมายในช่อง และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

| | | | |
|-----------------------|------------------------|------------------|--------------------------------|
| สายตาพิการ | โรคหอบหืด | ติชาน | โรคต่อน้ำเหลืองโต |
| โรคจอประสาทตา | โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง | บ้าโตะ | เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ |
| โรคต่อหิน | โรคถุงลมโป่งพอง | โรคตับอ่อนอักเสบ | โรคมะเร็ง |
| โรคหลอดเลือดในสมอง | ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ | โรคไต | โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง |
| โรคอัมพฤกษ์/โรคอัมพาต | โรคความดันโลหิตสูง | โรคข้ออักเสบ | โรคกาบโรค (ภายใน 2 ปี) |
| โรคพาร์กินสัน | โรคหัวใจ | โรคเก๊าท์ | พิการทางร่างกาย |
| โรคความจำเสื่อม | โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ | โรคหนังแข็ง | โรคจิต |
| โรคชัก | โรคหลอดเลือด | โรคเอสแอลอี | โรคประสาท |
| โรคปอด/ปอดอักเสบ | โรคแผลในทางเดินอาหาร | โรคเลือด | โรคซึมเศร้า |
| โรควัณโรค | โรคตับหรือทางเดินน้ำดี | โรคเบาหวาน | ดาวนซินโดรม |
| | โรคพิษสุราเรื้อรัง | โรคไทรอยด์ | |

| โรค | วัน/เดือน/ปีที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการ รักษาหรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์) | การรักษา และอาการปัจจุบัน | สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้ โปรดระบุ) |
|-----|---|------------------------------|--|
|-----|---|------------------------------|--|

- a
- a
- a
- a

และข้าพเจ้าขอรับรองว่า สุขภาพของข้าพเจ้า ไม่มีการเปลี่ยนแปลง และข้าพเจ้าไม่ได้รับการรักษาโรค ปรีกษาแพทย์ หรือตรวจโรคแต่อย่างใดเลยนับตั้งแต่วันทึ่ยื่นใบคำขอเอาประกันชีวิตดังกล่าว และขอรับรองต่อไปอีกว่า คำตอบทั้งหมดของข้าพเจ้าที่ได้เขียนไว้ในใบคำขอเอาประกันชีวิตดังกล่าว รวมทั้งเรื่องราวทั้งหลายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพของข้าพเจ้าด้วย ยังคงเป็นความจริงตามเดิมทุกประการ

| | | | |
|------------------------------------|---|-------|------|
| ลงชื่อ ณ | วันที่ | เดือน | พ.ศ. |
| ลงนามต่อหน้า () พยาน/ตัวแทน | ลงชื่อ () ลายมือชื่อของผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ ให้บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ลงนามเป็นพยานด้วย) | | |
| ลงนามต่อหน้า () พยาน/ตัวแทน | | | |

บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) Krungthai-AXA Life Insurance Public Company Limited

เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามา 9 ชั้น 1, 20-27 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
9, G Tower Grand Rama 9, Floor 1, 20-27 Rama 9 Road, Huai Khwang, Huai Khwang, Bangkok 10310

Ins. 0 2044 4000 โทรสาร 0 2044 4032 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์/Center Inquiries/Tel. 1159 เลขทะเบียนบริษัท ๔ 0107555000376 www.krungthai-axa.co.th