



คำร้องขอแก้ไขเพิ่มเติมใบคำขอเอาประกันภัย

ข้าพเจ้า

คนที่ ขอยื่นคำร้องขอแก้ไขเพิ่มเติมรายละเอียดดังต่อไปนี้

กรณีที่ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ (อายุ 0-15 ปี) และผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต้องการซื้อสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรุณาตอบคำถามในช่องผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

คำถามเพื่อข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ	ผู้ขอเอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย		กรณีที่เคยเป็นโรค/อาการ อย่างใดอย่างหนึ่ง โปรดระบุ วัน/เดือน/ปี ที่เข้ารับการรักษา การรักษาอาการ ในปัจจุบัน รวมถึงสถานพยาบาล ที่เข้ารับการรักษา
	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	
19. ในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่					
19.1 อาการอ่อนเพลีย					
19.2 น้ำหนักลด					
19.3 ท้องเดินเรื้อรัง					
19.4 ไข้เรื้อรัง					
19.5 โรคผิวหนังเรื้อรัง					

และข้าพเจ้าขอรับรองว่า สุขภาพของข้าพเจ้า ไม่มีการเปลี่ยนแปลง และข้าพเจ้าไม่ได้รับการรักษาโรค ปรีกษาแพทย์ หรือตรวจโรคแต่อย่างใดเลยนับตั้งแต่วันที่ยื่นใบคำขอเอาประกันชีวิตดังกล่าว และขอรับรองต่อไปอีกว่า คำตอบทั้งหมดของข้าพเจ้าที่ได้เขียนไว้ในใบคำขอเอาประกันชีวิตดังกล่าว รวมทั้งเรื่องราวทั้งหลายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพของข้าพเจ้าด้วย ยังคงเป็นความจริงตามเดิมทุกประการ

ลงชื่อ ณ _____ วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ลงนามต่อหน้า

(_____)

พยาน/ตัวแทน

ลงชื่อ

(_____)

ลายมือชื่อของผู้เอาประกันภัย

(กรณีที่ผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ

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/Customer Center Ins./Tel. 1159 เลขทะเบียนบริษัท ฯ 0107555000376 www.krungthai-axa.co.th