



UW06149

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่

## คำร้องขอแก้ไขเพิ่มเติมใบคำขอเอาประกันภัย

ข้าพเจ้า  ณ ที่นี้ ขอยื่นคำร้องขอแก้ไขเพิ่มเติมรายละเอียดดังต่อไปนี้เปลี่ยนแบบประกันชีวิตเป็นแบบ  เพิ่ม  ลด  จำนวนเงินเอาประกันภัยเป็น  เพิ่ม  ลด  ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมการยกเว้นเบี้ยประกันภัย (WP) เป็น  บาท เพิ่ม  ลด  ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ย (WPDD) เป็น  บาท เพิ่ม  ลด  ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์กรมผู้ชำระเบี้ย (WPD) เป็น  บาท เพิ่ม  ลด  ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมการเสียชีวิต อวัยวะและการรักษา ฯ (ECARE) เป็น  บาท เพิ่ม  ลด  ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมการเสียชีวิต และการสูญเสียอวัยวะเนื่องจากอุบัติเหตุ (AP) เป็น  บาท เพิ่ม  ลด  ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมค่ารักษาพยาบาล (MEA+) เป็น  1000  2200  3200  4200  6200 เพิ่ม  ลด  ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมค่าชดเชยรายวัน (MEB) เป็น  500  1000  2000  3000 เพิ่ม  ลด  ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมเสียชีวิตและโรคร้ายแรง (DCI) เป็น  บาท เพิ่ม  ลด  ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมแบบชั่วระยะเวลา (PLS) เป็น  บาท เปลี่ยนระยะเวลาของสัญญาเพิ่มเติมแบบชั่วระยะเวลา (PLS) เป็น  5 ปี  10 ปี  12 ปี  15 ปี ยืนยันตอบคำถามสุขภาพตามใบคำขอเอาประกันชีวิต ข้อ  ไม่ใช่/ไม่เคย  ใช่/เคย  เปลี่ยนวิธีการชำระเบี้ยประกันภัยเป็นแบบ  รายปี  ราย 6 เดือน  ราย 3 เดือน  รายเดือน ยืนยันส่วนสูง  ซม. น้ำหนัก  กก. ใน 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวเพิ่ม  กก. ลด  กก.มีสาเหตุจาก  ยอมรับการเพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เนื่องจากอาชีพในอัตรา  บาท ต่อพัน ต่อปี ยินยอมไม่คุ้มครองจากการจลาจล สงครามกลางเมือง ฆาตกรรม และการถูกลอบทำร้าย เปลี่ยนที่อยู่  สถานที่ติดต่อเป็น  เปลี่ยนผู้รับผลประโยชน์เป็น (ระบุชื่อ-นามสกุล อายุ ความสัมพันธ์)  อื่น ๆ

และข้าพเจ้าขอรับรองว่า สุขภาพของข้าพเจ้า ไม่มีการเปลี่ยนแปลง และข้าพเจ้าไม่ได้รับการรักษาโรค ปรีกษาแพทย์ หรือตรวจโรคแต่อย่างใดเลยนับตั้งแต่วันที่ยื่นใบคำขอเอาประกันชีวิตดังกล่าว และขอรับรองต่อไปอีกว่า คำตอบทั้งหมดของข้าพเจ้าที่ได้เขียนไว้ในใบคำขอเอาประกันชีวิตดังกล่าว รวมทั้งเรื่องราวทั้งหลายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพของข้าพเจ้าด้วย ยังคงเป็นความจริงตามเดิมทุกประการ

ลงชื่อ ณ  วันที่  เดือน  พ.ศ. ลงนามต่อหน้า   
(  )  
พยาน/ตัวแทนลงชื่อ   
(  )  
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 ถนนพหลโยธิน แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310

9, G Tower Grand Rama 9, Floor 1, 20-27 Rama 9 Road, Huai Khwang, Bangkok 10310

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