

## คำร้องขอคืนสภาพกรมธรรม์

ปช.50

เนื่องจาก

- การขาดอายุ  
 การเปลี่ยนเป็นกรมธรรม์แบบขยายเวลาโดยอัตโนมัติ (รายงวด)  
 การเปลี่ยนเป็นกรมธรรม์ใช้เงินสำเร็จโดยอัตโนมัติ (รายเดือน/ผู้สูงอายุ)

**คำเตือนของ กรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์**  
 ผู้เอาประกันภัยจะตอบคำถาม ตามความเป็นจริงทุกข้อ การแถลงข้อความใดๆ ไม่ตรงกับความจริงอาจเป็นเหตุให้บริษัท ผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 ได้ และหากมีปัญหาใดเกี่ยวกับการประกันชีวิตครั้งนี้ ขอให้ติดต่อ กรมการประกันภัยกระทรวงพาณิชย์ เพื่อคำแนะนำและหารือ โทร. 547-4602-60

1. ชื่อและนามสกุล.....กรมธรรม์เลขที่.....  
 2. แบบประกัน.....ระยะเวลาเอาประกัน.....ปี ระยะเวลาชำระเบี้ย.....ชำระเบี้ยราย.....เดือน  
 3. ก. ขณะนี้ท่านมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดีหรือไม่.....(ถ้าไม่สมบูรณ์โปรดแจ้งรายละเอียด).....  
 ข. ท่านมีร่างกายส่วนหนึ่งส่วนใดพิการหรือไม่.....เป็นคนปัญญาอ่อนหรือไม่.....(ถ้ามีหรือเป็นโปรดแจ้งรายละเอียด)  
 ค. ในระหว่าง 2 ปีที่แล้ว ท่านเคยให้แพทย์ตรวจ หรือเข้าสถานพยาบาลทำการรักษาตัว ตรวจโลหิต ความดันโลหิต บัสสวะ เอกซเรย์ ตรวจหัวใจ หรือตรวจอย่างอื่นหรือไม่.....ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียด (ชื่อสถานพยาบาล นายแพทย์ ชื่อโรค ผลการตรวจ ผลการรักษา และวันเดือนปี).....

คำถาม 4-7 ใช้สำหรับกรณีขอคืนสภาพ สัญญาพิเศษเพิ่มเติมค่ารักษาพยาบาลรายวัน (รพ.) และ/หรือการประกันสุขภาพ (สภ.)

- 4 ก. ส่วนสูง.....ซ.ม. น้ำหนัก.....กก.  
 ข. ท่านเคยมีความผิดปกติของร่างกาย, จิตใจ หรือรับการรักษาในโรงพยาบาล หรือสถานรักษาโรค, ตรวจเลือด, เอกซเรย์ หรือตรวจพิเศษอื่นๆ หรือไม่.....(ถ้าเคยโปรดแถลงรายละเอียดการเจ็บป่วยหรือความพิการ)

โรคและอาการที่เป็น	วันที่รักษา	ระยะเวลารักษา	ผลปัจจุบัน(หายเป็นปกติ,ยัง)	ชื่อแพทย์, สถานที่ติดต่อ
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

5. ท่านใช้ยาอะไรประจำหรือไม่  ไม่ใช่  ใช่ (ระบุ).....  
 6. สำหรับสุขภาพสตรีประจำเดือนมาครั้งสุดท้ายวันที่.....ขณะนี้ตั้งครรภ์หรือไม่  ไม่มี  มี.....สัปดาห์  
 7. โปรดแจ้งชื่อและที่อยู่ของโรงพยาบาล-คลินิก พร้อมชื่อแพทย์ ที่ท่านใช้บริการประจำ.....

8. เบี้ยประกันภัยขาดชำระตั้งแต่งวดปีที่..... งวดที่.....
9. การขอคืนสภาพกรมธรรม์ กระทำโดย
- ก. ชำระเบี้ยประกันภัยย้อนหลังทั้งหมด รวมเป็นเงิน.....บาท หรือ
- ข. เปลี่ยนวันเริ่มสัญญาและวันครบกำหนด โดยชำระเบี้ยที่ค้างชำระ.....บาท
10. ก. ข้าพเจ้าในฐานะผู้เอาประกันภัยขอรับรองว่า ถ้อยแถลงที่ได้ให้ไว้ในคำขอนี้เป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้บริษัทดำเนินการตรวจเลือด/หรือ  
 บัสสาวะ ตลอดจนนำผลการตรวจเลือดและข้อเท็จจริงที่แถลงไว้ มาใช้ประกอบการพิจารณาขอคืนสภาพกรมธรรม์ได้
- ข. ในกรณีเกี่ยวกับสุขภาพ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบุคคลใดๆ ซึ่งได้เคยรักษาหรือตรวจข้าพเจ้า หรือที่จะทำการรักษาหรือทำการตรวจข้าพเจ้าต่อไป  
 ในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริง หรือเรื่องที่ได้รับทราบจากการรักษา หรือตรวจข้าพเจ้าให้บริษัททราบ หรือให้บริษัทประกันภัยอื่นทราบ เพื่อการขอเอา  
 ประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- ค. ข้าพเจ้าไม่เคยทราบว่า เป็นหรือเคยรักษาโรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์ และข้าพเจ้าทราบดีว่า ถ้าข้าพเจ้าป่วยเป็นโรคเอดส์หรือมีเลือดบวก  
 ต่อไวรัสโรคเอดส์แล้ว บริษัทจะไม่รับประกันสภาพกรมธรรม์

ทำที่..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยานผู้เขียน/พิมพ์

(.....)

(ส่วนของบริษัท)

เลขที่กรมธรรม์.....

รหัสแบบประกัน.....

รหัสผลงาน.....

**รายการรับชำระเบี้ยประกันคืนสภาพกรมธรรม์**

ใบรายการนำส่งเลขที่	บัญชีงวด	จำนวนเงิน	เลขที่ใบเสร็จ จาก-ถึง	ประจำงวด/เดือน จาก-ถึง

ลงชื่อ.....สมุห์บัญชี

**คำแนะนำ**

- ให้ขีดเครื่องหมาย  ในข้อที่มีเครื่องหมาย  ตามที่ต้องการ
- ให้เขียนรายละเอียดคำร้องฯ (ปช.50) ตอบคำถามทุกข้ออย่างชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษรและตรงตามความเป็นจริง ด้วยลายมือของผู้เขียนรายเดียวกันและ  
 ปากกาตามเดียวกัน
- หากเดิมผู้เอาประกันตรวจสุขภาพ การขอคืนสภาพกรมธรรม์ภายหลังจากกรมธรรม์ขาดอายุแล้ว และเกินอีก 30 วัน หลังพ้นกำหนดผ่อนผัน ต้องให้ผู้เอาประกัน  
 ตรวจสุขภาพเหมือนทำประกันใหม่ โดยค่าใช้จ่ายของผู้เอาประกัน
- ให้ผู้เอาประกันลงลายมือชื่อในคำร้องฯ (ปช.50) ให้ตรงกับการขอเอาประกันในครั้งแรก
- ตัวแทนต้องออกไปรับเงินชั่วคราวการขอคืนสภาพกรมธรรม์ (การต่ออายุกรมธรรม์) ให้ผู้เอาประกันไว้เป็นหลักฐาน