



บริษัท เจนเนอรัลลี่ ประกันชีวิต (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 1 อาคารพาร์ค สยาม ชั้น 21 และชั้น 20 ยูนิท 2002
ถนนคอนแวนต์ แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500
ทะเบียนเลขที่ : 0107555000589 สำนักงานใหญ่ โทร : 02-685-3828
ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ Customer FIRST : 1394

คำร้องขอต่ออายุกรมธรรม์หรือกลับคืนสู่สถานะเดิม /ขอใช้สิทธิเกี่ยวกับมูลค่ากรมธรรม์ / เปลี่ยนงวดการชำระเบี้ย สำหรับประกันชีวิต

วันที่ :/...../.....

ชื่อ – สกุลผู้เอาประกันชีวิต

กรมธรรม์ประกันชีวิตเลขที่เลขประจำตัวประชาชน -

กรุณารอกข้อมูลบอร์ดิ้งและอีเมลปัจจุบัน เพื่อให้บริษัทฯ สามารถให้บริการช่วยเหลือ และติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับกรมธรรม์ของท่าน เช่น การแจ้งเตือนชำระเบี้ยประกัน หรือ การนำเสนอสิทธิประโยชน์ตามกรมธรรม์ หากข้อมูลการติดต่อในคำร้องนี้ต่างจากที่เคยแจ้งไว้ บริษัทฯ ขอปรับปรุงข้อมูลในทุกกรมธรรม์ที่ท่านมีอยู่กับบริษัทฯ ให้เป็นปัจจุบัน

โทรศัพท์มือถือ อีเมล.....

1. ขอต่ออายุกรมธรรม์ประกันชีวิต (กรุณาแนบคำแถลงสุขภาพของผู้เอาประกันชีวิตที่มีการลงนามครบถ้วน)

☐ ขอต่ออายุกรมธรรม์ประกันชีวิตแบบย้อนหลัง ☐ ขอต่ออายุกรมธรรม์ประกันชีวิตแบบเปลี่ยนวันเริ่มสัญญา

2. ขอกลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์ประกันชีวิต (กรุณาแนบคำแถลงสุขภาพของผู้เอาประกันชีวิตที่มีการลงนามครบถ้วน)

☐ ขอกลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์ ในกรณีที่กรมธรรม์มีใช้เงินสำเร็จ (RPU) หรือเป็นการประกันภัยแบบขยายเวลา (ETI)

3. การขอใช้สิทธิเกี่ยวกับมูลค่ากรมธรรม์ประกันชีวิต

☐ ขอเปลี่ยนเป็นกรมธรรม์ใช้เงินสำเร็จ (RPU)
☐ ขอเปลี่ยนเป็นการประกันชีวิตแบบขยายเวลา (ETI)
☐ ขอกู้ยืมเงิน

4. การขอเปลี่ยนงวดการชำระเบี้ยประกันชีวิต

☐ เปลี่ยนงวดการชำระเบี้ยประกันเมื่อครบรอบปีกรมธรรม์เป็น
() รายปี () รายหกเดือน () รายสามเดือน () รายเดือน

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันชีวิต ลงชื่อ.....
(.....) (.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เอาประกันภัย
(กรณีผู้เอาประกันชีวิตยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

การรับรองสถานะและคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย
Foreign Account Tax Compliance Act ของประเทศสหรัฐอเมริกา (กฎหมาย FATCA)

1) การรับรองสถานะ:

- ก. ผู้เอาประกันภัยมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่
☐ ไม่มี
☐ มี โปรดระบุ () ชื่อสัญชาติอเมริกัน () เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา () ชื่อสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
- ข. ผู้เอาประกันภัยเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่
☐ ไม่เป็น ☐ เป็น ☐ เคยเป็นและสิ้นสุดบังคับ
 กรณีเป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่..... วันบัตรหมดอายุ
- ค. ผู้เอาประกันภัยมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่
☐ ไม่มี ☐ มี
- ง. ผู้เอาประกันภัยมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่
☐ ไม่มี ☐ มี

2) คำยินยอมและตกลง

- ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต (“บริษัทฯ”) อาจมีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA ในการนี้ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทฯ สามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- (1) ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต (“บริษัทฯ”) มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
 - (2) ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
 - (3) ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
 - (4) ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
 - (5) ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่า ข้อความที่ข้าพเจ้าแถลงไว้ข้างต้นในเอกสารฉบับนี้ เป็นความจริงทุกประการ ข้าพเจ้ารับทราบ เข้าใจคำถาม คำตอบที่ระบุในเอกสารฉบับนี้ และได้ตอบคำถามครบถ้วนตามความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย ลงชื่อ.....
 (.....) (.....)
 ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เอาประกันภัย
 (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลอ่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏในหน้าเว็บไซต์ <https://www.generali.co.th/privacy-information>

POS OL 001/2567

กรุณารอกข้อมูลในเอกสารฉบับนี้ และส่งกลับมายังบริษัทฯ พร้อมสำเนาบัตรประชาชน ที่เซ็นรับรองด้วยลายมือ (ไม่รับการพิมพ์ข้อความรับรองบนสำเนา) ผ่าน 3 ช่องทาง ดังนี้

1. อีเมล : info@generali.co.th
2. ไลน์ : @GeneraliThailand
3. ไปรษณีย์ : บริษัท เจเนอราลี ประกันชีวิต (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน) (แผนกบริการผู้ถือกรมธรรม์)
 เลขที่ 1 อาคารพาร์ค สยาม ชั้น 21 และ ชั้น 20 ยูนิท 2002 ถนนคอนแวนต์ แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500



หากท่านมีข้อสงสัยเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1394 ภายในวันและเวลาทำการ วันจันทร์ – วันเสาร์ 08.30-20.00 น. (ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์)

LINE: @GeneraliThailand หรือ Email: info@generali.co.th