



## คำร้องขอเปลี่ยนแปลงแก้ไขกรมธรรม์ และขอกลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์หรือต่ออายุกรมธรรม์

สำนักงานตัวแทน/ หน่วยงาน.....โทรศัพท์..... วันที่ .....

ชื่อ - ชื่อสกุลผู้เอาประกันภัย ..... กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ .....

Email address .....

### 1. การกลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์ และการต่ออายุกรมธรรม์

- ขอกลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์ (กรณีเป็นกรมธรรม์ใช้เงินสำเร็จ หรือเป็นการประกันภัยแบบขยายเวลา)  
 ขอต่ออายุกรมธรรม์กรณีสิ้นผลบังคับโดย  ต่ออายุกรมธรรม์แบบย้อนหลัง  ต่ออายุกรมธรรม์แบบเปลี่ยนวันเริ่มสัญญา

### 2. การขอเปลี่ยนแปลงแก้ไข ที่กระทบกับเบี้ยประกันภัย

- เปลี่ยนงวดการชำระเบี้ยประกันเมื่อครบรอบปีกรมธรรม์เป็น ( ) รายปี ( ) รายหกเดือน ( ) รายสามเดือน ( ) รายเดือน  
 ชำระเบี้ยประกันเป็นเงินสด (เฉพาะงวดชำระรายปี รายหกเดือน และรายสามเดือนเท่านั้น)  
 หักเบี้ยประกันผ่านบัตรเครดิตฉบับใหม่เลขที่ ..... - ..... - ..... - ..... บัตรหมดอายุ ...../.....  
 ลดจำนวนเงินเอาประกันภัย เป็น ..... บาท  
 เพิ่ม  ลด  ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมอุบัติเหตุ/ขาดกรรม จลาจล  ADB  RCC ADB  ADD  RCC ADD  AI  RCC AI  
 เพิ่ม  ลด  ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมการรักษาพยาบาลรายวัน (HB) แผน..... จำนวนเงิน.....บาท  
 เพิ่ม  ลด  ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมค่ารักษาพยาบาล และผ่าตัดในโรงพยาบาล (HS) แผน..... จำนวนเงิน.....บาท  
 ลด  ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยโรคร้ายแรง (DD) จำนวนเงิน.....บาท  
 ลด  ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (PB) จำนวนเงิน.....บาท

### 3. การขอเปลี่ยนแปลงแก้ไข ที่ไม่กระทบกับเบี้ยประกันภัย

- เปลี่ยน / แก้ไข ชื่อ หรือ ชื่อสกุลผู้เอาประกัน เป็นชื่อ ..... ชื่อสกุล .....
- แก้ไข วัน เดือน ปีเกิด ผู้เอาประกัน เป็นวันที่ ..... เดือน ..... W.ศ. ....
- เปลี่ยน / แก้ไข ชื่อ , ชื่อสกุล , อายุ , ความสัมพันธ์ หรือ สัดส่วนผลประโยชน์ ของผู้รับประโยชน์  
 .....  
 .....
- เปลี่ยนแปลงผู้รับประโยชน์จากเดิมเป็น (กรณีเพิ่มผู้รับประโยชน์ ให้จัดส่งสำเนาบัตรประชาชนและทะเบียนบ้านผู้รับประโยชน์ทุกราย)
- |    | ชื่อ - ชื่อสกุล  | อายุ    | ความสัมพันธ์ | สัดส่วนผลประโยชน์ |
|----|--|---------|--------------|-------------------|
| 1. | <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ยกเลิก ..... | .....ปี | .....        | ..... %           |
| 2. | <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ยกเลิก ..... | .....ปี | .....        | ..... %           |
| 3. | <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ยกเลิก ..... | .....ปี | .....        | ..... %           |
| 4. | <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ยกเลิก ..... | .....ปี | .....        | ..... %           |

### 4. การขอใช้สิทธิเกี่ยวกับมูลค่ากรมธรรม์

- เว้นคืนกรมธรรม์  กู้ยืมเงิน  
 เปลี่ยนเป็นกรมธรรม์ใช้เงินสำเร็จ  แปลงเป็นการประกันภัยแบบขยายเวลา

### 5. การเปลี่ยนแปลงอื่นๆ

- ขอเปลี่ยนสถานที่ติดต่อ เป็น ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์.....  
 ขอเปลี่ยนหรือเพิ่มเติม E-mail ..... โทรศัพท์ .....
- ขอออกกรมธรรม์ฉบับแทนที่ชำรุดหรือสูญหาย (ค่าธรรมเนียม ชำรุด 100 บาท ถ้าสูญหาย 200 บาท พร้อมใบแจ้งความบันทึกประจำวัน)  
 ขอออกบัตรประจำตัวผู้เอาประกัน (ค่าธรรมเนียม 20 บาท)  
 ขอยกเลิกกรมธรรม์ (Free look period) เนื่องจาก .....

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

(.....)

(.....)

กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ

ลงชื่อ ..... พยาน

การรับรองสถานะและคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act ของประเทศสหรัฐอเมริกา (กฎหมาย FATCA)

1) การรับรองสถานะ:

ก. ผู้เอาประกันภัยมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

ไม่มี

มี โปรดระบุ  ถือสัญชาติอเมริกัน  เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา  ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศ  
สหรัฐอเมริกา

ข. ผู้เอาประกันภัยเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่

ไม่เป็น

เป็น

เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ

ค. ผู้เอาประกันภัยมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่

ไม่มี

มี

ง. ผู้เอาประกันภัยมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่

ไม่มี

มี

2) คำยินยอมและตกลง

ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) อาจมีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตาม กฎหมาย FATCA ในการนี้ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ความร่วมมือตามกฎหมาย FATCA บริษัทต้องส่งหนังสือบอกกล่าวก่อนว่า ให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใดๆ หรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกาภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว ถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าว บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้ การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย และการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่า ข้อความที่ข้าพเจ้าแถลงไว้ข้างต้นในเอกสารฉบับนี้ เป็นความจริงทุกประการ ข้าพเจ้ารับทราบ เข้าใจคำถาม คำตอบที่ระบุในเอกสารฉบับนี้ และได้ตอบคำถามครบถ้วนตามความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

(.....)

(.....)

กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ

ลงชื่อ ..... พยาน

(.....)