



บริษัท เจนเนอรัล ประกันชีวิต (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)

87/2 อาคารซีอาร์ซี ทาวเวอร์ ออลซีเอ็นเอส เพลส ชั้น 16 ยูนิค 1602-1605

ถนนวิทยุ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทร. 02-685-3828 โทรสาร 02-685-3829

แบบฟอร์มขอเวนคืนกรมธรรม์

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

Email address

ข้าพเจ้า ผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่

..... มีความประสงค์ขอเวนคืนกรมธรรม์ โดยได้อ่านคำแนะนำสำหรับการเวนคืนกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งออก

โดยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)แล้ว และข้าพเจ้าขอรับรองว่า กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ดังกล่าวข้างต้น มิได้มีการ

โอนสิทธิไปให้แก่ผู้ใด และข้าพเจ้า/หรือบุคคลใดๆก็ได้ลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มนี้ได้เป็นผู้ถูกพิทักษ์ทรัพย์ หรือเป็นบุคคลล้มละลายแต่อย่างใด



สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย(คปภ.)
Office of Insurance Commission

ที่ ๔๓๐๐/ ๑๓๑๖

๑๗ เมษายน ๒๕๕๙

เรื่อง คำแนะนำสำหรับการเวนคืนกรมธรรม์ประกันภัยเดิมเพื่อไปซื้อกรมธรรม์ประกันภัยฉบับใหม่
เจียน ผู้เอาประกันภัย

ด้วย สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ในฐานะที่ทำหน้าที่กำกับส่งเสริมธุรกิจประกันภัย และคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของผู้เอาประกันภัย ใคร่ขอแนะนำให้ผู้เอาประกันภัยที่มีความประสงค์จะขอเวนคืนกรมธรรม์ประกันภัยเดิมเพื่อไปซื้อกรมธรรม์ประกันภัยฉบับใหม่ให้ทราบถึงผลของการกระทำดังกล่าว คือ

- จำนวนเงินค่าเวนคืนกรมธรรม์ที่จะได้รับคืนนั้น จะเป็นจำนวนเงินที่น้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ได้จ่ายไปแล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปีแรก ๆ ของการทำประกันภัยชีวิต
- การซื้อกรมธรรม์ประกันภัยฉบับใหม่ จะทำให้ผู้เอาประกันภัยต้องจ่ายเบี้ยประกันภัยที่สูงขึ้น เนื่องจากอายุที่มากขึ้น
- ผู้เอาประกันภัยจะเสียโอกาสในการได้รับความคุ้มครอง รวมถึงสิทธิต่างๆ ตามกรมธรรม์ประกันภัยฉบับเดิมอย่างต่อเนื่อง
- ในการทำสัญญาประกันภัยฉบับใหม่ ผู้เอาประกันภัยมีหน้าที่ต้องเปิดเผยและแถลงข้อความจริงต่อบริษัทประกันภัยรายใหม่ โดยบริษัทอาจใช้สิทธิได้แจ้งหรือคัดค้านความไม่สมบูรณ์ของสัญญาประกันภัยได้ ภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยฉบับใหม่ ในกรณีสัญญาเพิ่มเติมประกันภัยสุขภาพฉบับใหม่ เงื่อนไขเกี่ยวกับระยะเวลาการคอยและสภาพที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัย จะต้องเริ่มนับใหม่หมด

ดังนั้น สำนักงาน คปภ. จึงใคร่ขอให้ผู้เอาประกันภัยโปรดรอบคอบก่อนที่จะเวนคืนกรมธรรม์ประกันภัยเดิมเพื่อซื้อกรมธรรม์ประกันภัยฉบับใหม่ เนื่องจากอาจเสียผลประโยชน์บางประการดังกล่าวข้างต้น และหากพิจารณาแล้วเห็นว่าจะไม่เวนคืนกรมธรรม์ประกันภัย ที่ได้เคยยื่นคำร้องไว้กับบริษัทแล้ว ก็สามารถแจ้งยกเลิกการเวนคืนกรมธรรม์ประกันภัยดังกล่าวกับบริษัทได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุทธิพล ทวีชัยการ)

เลขาธิการ

คณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

สายกำกับผลิตภัณฑ์ประกันภัย

โทร. ๐๒-๕๕๕-๓๓๓๓ ต่อ ๕๓๐๖ - ๕๓๐๘, ๕๓๑๑-๕๓๑๖ โทรสาร ๐๒-๕๕๕-๓๓๓๓ ต่อ ๕๓๑๑

Website: www.oic.or.th สำนักงาน เชียงใหม่ โทรสาร ๐๕๓-๕๕๕-๓๓๓๓ ต่อ ๕๓๐๖ โทรสาร ๐๕๓-๕๕๕-๓๓๓๓ ต่อ ๕๓๑๑
16/166 Ratchabopit Road, Charoensri, Chulalongkorn, Bangkok 10330, Thailand Telephone: 02-685-3828 Fax: 02-685-3829
สำนักงานประกันภัย / Hot Line ๑๖๖๖ www.oic.or.th

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 จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย 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

(.....)