

คำร้องขอยกเลิกกรมธรรม์

วันที่ :/...../.....

ชื่อ – สกุลผู้เอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันชีวิตเลขที่ เลขประจำตัวประชาชน - - - -

โทรศัพท์มือถือ - - อีเมล

ขอยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย

- ☐ ใช้สิทธิการขอยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยภายในระยะเวลาที่กำหนดตามเงื่อนไขกรมธรรม์ประกันภัย (Free Look Period)
- ☐ ขอยกเลิกกรมธรรม์หลังจากเกินระยะเวลาที่กำหนดแล้ว

☒ ยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย กรุณาระบุเหตุผล.....

ในฐานะผู้เอาประกันภัย/เจ้าของกรมธรรม์ (หากผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์หรือเป็นผู้รับโอนสิทธิประโยชน์แห่งกรมธรรม์ประกันภัย)
มีความประสงค์ที่จะขอให้บริษัทฯ นำจ่ายเงินคืน (ถ้ามี) แก่บัญชีธนาคารของข้าพเจ้า

- ☐ ขอรับผ่านบัญชี Prompt pay ที่สมัครโดยใช้เลขที่บัตรประชาชน
- ☐ เข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....
- ชื่อเจ้าของบัญชีธนาคาร.....เลขที่บัญชีธนาคาร.....

หมายเหตุ

1. กรุณาแนบสำเนาหน้าแรกของสมุดบัญชีธนาคาร และรับรองสำเนาถูกต้องด้วยลายมือ
2. ชื่อเจ้าของบัญชีธนาคาร จะต้องเป็นชื่อเดียวกับผู้เอาประกันหรือเจ้าของกรมธรรม์ (หากผู้เอาประกันเป็นผู้เยาว์หรือผู้ได้รับโอนสิทธิประโยชน์) เท่านั้น
3. กรณีที่บริษัทฯ ไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีที่ท่านแจ้งไว้ว่าด้วยสาเหตุใดก็ตาม ข้าพเจ้ายินดีรับเงินคืนข้างต้นเป็นเช็คหรือตามวิธีการปกติของบริษัทฯ และไม่ถือเป็นการจ่ายล่าช้าตามข้อกำหนดกรมธรรม์

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย
(.....)

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครอง ของผู้เอาประกันภัย
(กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

**การรับรองสถานะและคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย
Foreign Account Tax Compliance Act ของประเทศสหรัฐอเมริกา (กฎหมาย FATCA)**

1) การรับรองสถานะ:

- ก. ผู้เอาประกันมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่
☐ ไม่มี
☐ มี โปรดระบุ () ชื่อสัญชาติอเมริกัน () เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา () ชื่อสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
- ข. ผู้เอาประกันชีวิตเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่
☐ ไม่เป็น ☐ เป็น ☐ เคยเป็นและสิ้นสุดบังคับ
 กรณีเป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่..... วันบัตรหมดอายุ
- ค. ผู้เอาประกันชีวิตมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่
☐ ไม่มี ☐ มี
- ง. ผู้เอาประกันชีวิตมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่
☐ ไม่มี ☐ มี

2) คำยินยอมและตกลง

ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต (“บริษัทฯ”) อาจมีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA ในการนี้ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทฯ สามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

- (1) ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต (“บริษัทฯ”) มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- (2) ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- (3) ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- (4) ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านั้น หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- (5) ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่า ข้อความที่ข้าพเจ้าแถลงไว้ข้างต้นในเอกสารฉบับนี้ เป็นความจริงทุกประการ ข้าพเจ้ารับทราบ เข้าใจคำถาม คำตอบที่ระบุในเอกสารฉบับนี้ และได้ตอบคำถามครบถ้วนตามความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย ลงชื่อ.....
 (.....) (.....)
 ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครอง ของผู้เอาประกันภัย
 (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

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

POS_COMBINE_002/2567

กรุณาก่อนกรอกข้อมูลในเอกสารฉบับนี้ และส่งกลับมายังบริษัทฯ พร้อมสำเนาบัตรประชาชน ที่เซ็นรับรองด้วยลายมือ (ไม่รับการพิมพ์ข้อความรับรองบนสำเนา) **ผ่าน 3 ช่องทาง ดังนี้**

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

บริษัท เจเนอราลี่ ประกันภัย (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน) (แผนกบริการผู้ถือกรมธรรม์)
 เลขที่ 1 อาคารพาร์ค สยาม ชั้น 20 ยูนิต 2001 ถนนคอนแวนต์ แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500



หากท่านมีข้อสงสัยเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1394 ภายในวันและเวลาทำการ วันจันทร์ – วันเสาร์ 08.30-20.00 น. (ยกเว้นวันหยุด
 นักขัตฤกษ์) LINE: @GeneraliThailand หรือ Email: info@generali.co.th