

เขียนที่.....(ระบุสถานที่)..... วันที่.....

ข้าพเจ้า (ชื่อ-นามสกุล ภาษาไทย).....

(ชื่อ-นามสกุล ภาษาอังกฤษ).....

โทรศัพท์ที่ติดต่อได้\*.....อีเมล.....

\*ข้อมูลสำคัญ กรุณาระบุ เพื่อบริษัท สามารถให้การบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากหมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ระบุมาในใบคำร้องฯ นี้ ต่างจากที่เคยแจ้งไว้กับบริษัท บริษัทจะดำเนินการปรับปรุงหมายเลขโทรศัพท์มือถือในกรมธรรม์ทุกฉบับที่ท่านมีอยู่กับบริษัท ให้เป็นปัจจุบันตามที่ท่านระบุมาในคำร้องฯ ฉบับนี้

ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....สัญชาติ.....เกิดที่ประเทศ.....

ท่านมีรายได้หรือมีสถานประกอบการหรือเสียหรือเคยเสียภาษีตามกฎหมายประเทศไทยบ้าง.....

กรณีถือมากกว่า 1 สัญชาติ กรุณาระบุ.....

ยื่นหนังสือฉบับนี้ต่อ บมจ. อลิอันซ์ อยุธยา ประกันชีวิต ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า “บริษัท” มีความประสงค์ขอเวนคืนกรมธรรม์ประกันภัยฉบับเลขที่ดังกล่าวข้างต้น เพื่อขอรับเงินค่าเวนคืนกรมธรรม์ เนื่องจาก..... ทั้งนี้ ข้าพเจ้ายินยอมที่จะให้บริษัทหักเงินกู้ ดอกเบี้ย และ/หรือภาระหนี้ค้ำประกันใดๆ

ที่ข้าพเจ้ามีต่อบริษัทออกจากเงินค่าเวนคืนกรมธรรม์ที่ข้าพเจ้าพึงจะได้รับ

ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจเป็นอย่างดีว่า ข้อตกลงหรือพันธะใดๆ ที่บริษัทพึงมีต่อข้าพเจ้า ภายใต้ข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัยฉบับดังกล่าวข้างต้นเป็นอันสิ้นสุดและยกเลิกไป และบริษัทเป็นอันปลดเปลื้องความรับผิดชอบโดยสิ้นเชิง เมื่อข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อในหนังสือฉบับนี้แล้ว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ากรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้มิได้มีการโอนสิทธิไปให้กับบุคคลใดๆ และข้าพเจ้าผู้ลงนามในหนังสือนี้ มิได้ถูกพิทักษ์ทรัพย์หรือถูกศาลพิพากษาให้เป็นบุคคลล้มละลาย

**อนึ่ง ข้าพเจ้าได้อ่านคำแนะนำสำหรับการเวนคืนกรมธรรม์ประกันภัยฉบับเดิมเพื่อไปซื้อกรมธรรม์ประกันภัยฉบับใหม่ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับ และส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ซึ่งอยู่ด้านหลังหนังสือฉบับนี้เรียบร้อยแล้ว**

พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้ามีความประสงค์เปลี่ยนแปลงที่อยู่ใหม่และขอรับเงินค่าเวนคืนกรมธรรม์โดย

เช็ก โดยจัดส่งเช็คเวนคืนกรมธรรม์ไปยังที่อยู่ใหม่ บ้านเลขที่.....หมู่บ้าน.....หมู่.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....อีเมล.....

โอนเข้าบัญชีออมทรัพย์ธนาคาร.....เลขที่.....ชื่อบัญชี.....

(ต้องเป็นชื่อบัญชีของผู้เอาประกันภัย/ผู้รับโอนสิทธิเท่านั้น โดยแนบสำเนาสมุดเงินฝากออมทรัพย์ พร้อมผู้เอาประกันภัย/ผู้รับโอนสิทธิลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง ซึ่งเป็นลายมือชื่อที่เหมือนกับที่เคยให้ไว้กับบริษัท)

กรณีที่ต้องปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) และกฎหมายว่าด้วยการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อปฏิบัติตามความตกลงระหว่างประเทศเกี่ยวกับภาษีอากร (กฎหมาย CRS)

ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่า ข้อเท็จจริงตามสัญญาฉบับนี้ ตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่างๆ ที่ข้าพเจ้าได้แถลงและส่งมอบให้ไว้แก่บริษัท ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจทั้งหมดเป็นอย่างดีและยอมรับว่าถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ นอกจากนี้ในกรณีที่ข้าพเจ้ามีสถานะเป็นบุคคลอเมริกัน ตามกฎหมาย FATCA หรือมีถิ่นที่อยู่ภายในประเทศคู่สัญญาตามกฎหมาย CRS ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย หรือรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA และ กฎหมาย CRS รวมทั้งให้สิทธิแก่บริษัทดำเนินการตามที่กฎหมาย FATCA และกฎหมาย CRS กำหนด

ลงชื่อพยาน.....พยาน

ลายมือชื่อ.....

( )

( )

**ผู้เอาประกันภัย**

ลงชื่อพยาน.....พยาน

ลายมือชื่อ.....

( )

( )

**ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย หรือผู้ให้ความ ยินยอมในฐานะบิดามารดา หรือ ผู้ปกครอง**

**โดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัยผู้เอาประกันภัยขั้นผู้เยาว์**

**คำแนะนำ**

- กรณีเวนคืนกรมธรรม์และทำให้กรมธรรม์สิ้นผลบังคับก่อนระยะเวลา 10 ปีหรือท่านไม่ปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของกรมสรรพากร ท่านอาจถูกเรียกคืนภาษี
- กรุณาเซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้องบนเอกสารให้ตรงตามตัวอย่างที่เคยให้ไว้กับบริษัทครั้งสุดท้าย พร้อมแนบเล่มกรมธรรม์ประกันภัย ยกเว้นกรณีกรมธรรม์อิเล็กทรอนิกส์ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน กรณีเอกสารไม่ครบถ้วน หรือลายมือชื่อที่ให้ไว้ในเอกสารดังกล่าว ไม่ตรงกับตัวอย่างที่ท่านให้ไว้กับบริษัทครั้งสุดท้าย บริษัทขอสงวนสิทธิ์
- กรณีที่มีการ โอนผลประโยชน์ตามสัญญาขอ โอนผลประโยชน์ ผู้รับโอนกรณาลงลายมือชื่อในช่องพยาน



สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริม  
การประกอบธุรกิจประกันภัย(คปภ.)  
Office of Insurance Commission

ที่ ๔๓๐๐/๒๓๑๖

๑ เมษายน ๒๕๕๙

เรื่อง คำแนะนำสำหรับการเวนคืนกรมธรรม์ประกันภัยเดิมเพื่อไปซื้อกรมธรรม์ประกันภัยฉบับใหม่  
เรียน ผู้เอาประกันภัย

ด้วย สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ในฐานะ  
ที่ทำหน้าที่กำกับส่งเสริมธุรกิจประกันภัย และคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของผู้เอาประกันภัย ใคร่ขอแนะนำผู้เอา  
ประกันภัยที่มีความประสงค์จะขอเวนคืนกรมธรรม์ประกันภัยเดิมเพื่อไปซื้อกรมธรรม์ประกันภัยฉบับใหม่  
ให้ทราบถึงผลของการกระทำดังกล่าว คือ

๑. จำนวนเงินค่าเวนคืนกรมธรรม์ที่จะได้รับคืนนั้น จะเป็นจำนวนเงินที่น้อยกว่าเบี้ยประกันภัย  
ที่ได้จ่ายไปแล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปีแรก ๆ ของการทำประกันชีวิต
๒. การซื้อกรมธรรม์ประกันภัยฉบับใหม่ จะทำให้ผู้เอาประกันภัยต้องจ่ายเบี้ยประกันภัยที่สูงขึ้น  
เนื่องจากอายุที่มากขึ้น
๓. ผู้เอาประกันภัยจะเสียโอกาสในการได้รับความคุ้มครอง รวมถึงสิทธิต่างๆ ตามกรมธรรม์  
ประกันภัยฉบับเดิมอย่างต่อเนื่อง
๔. ในการทำสัญญาประกันชีวิตฉบับใหม่ ผู้เอาประกันภัยมีหน้าที่ต้องเปิดเผยและแถลงข้อความ  
จริงต่อบริษัทประกันภัยรายใหม่ โดยบริษัทอาจใช้สิทธิโต้แย้งหรือคัดค้านความไม่สมบูรณ์  
ของสัญญาประกันภัยได้ ภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้ในกรมธรรม์ประกันชีวิตฉบับใหม่  
ในกรณีสัญญาเพิ่มเติมประกันภัยสุขภาพฉบับใหม่ เงื่อนไขเกี่ยวกับระยะเวลาการรอคอย  
และสภาพที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัย จะต้องเริ่มนับใหม่หมด

ดังนั้น สำนักงาน คปภ. จึงใคร่ขอให้ผู้เอาประกันภัยไตร่ตรองให้รอบคอบก่อนที่จะเวนคืน  
กรมธรรม์ประกันภัยเดิมเพื่อซื้อกรมธรรม์ประกันภัยฉบับใหม่ เนื่องจากอาจเสียผลประโยชน์บางประการ  
ดังกล่าวข้างต้น และหากพิจารณาแล้วเห็นว่าจะไม่เวนคืนกรมธรรม์ประกันภัย ที่ได้เคยยื่นคำร้องไว้กับบริษัทแล้ว  
ก็สามารถแจ้งยกเลิกการเวนคืนกรมธรรม์ประกันภัยดังกล่าวกับบริษัทได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุทธิพล ทวีชัยการ)

เลขาธิการ

คณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

# ขั้นตอนการขอใช้สิทธิ การเวนคืนกรมธรรม์ประกันภัย เพื่อรับมูลค่าเงินสด

## 1. ผู้เอาประกันภัยส่งเอกสารประกอบการพิจารณาดังต่อไปนี้



เล่มกรมธรรม์ประกันชีวิต

(หากกรมธรรม์สูญหาย ต้องแนบบันทึกประจำวันแจ้งกรมธรรม์สูญหายโดยผู้เอาประกันภัย)  
กรณีกรมธรรม์อิเล็กทรอนิกส์ ไม่ต้องส่งคืนกรมธรรม์



หนังสือขอเวนคืนกรมธรรม์ ตามที่บริษัทกำหนด  
ระบุเลขที่กรมธรรม์ประกันภัยที่ท่านต้องการขอเวนคืน  
และลงลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย\* พร้อมพยาน 2 ท่าน



แบบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาหนังสือเดินทาง  
(กรณีเป็นชาวต่างชาติ) ที่ยังไม่หมดอายุ พร้อมลงลายมือชื่อ\*รับรองสำเนา  
หมายเหตุ \* กรุณาลงลายมือชื่อให้เหมือนกับลายมือชื่อที่ท่านให้ไว้กับบริษัทล่าสุด



## 2. จัดส่งเอกสารมาที่ บมจ. อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันชีวิต ฝ่ายบริหารกรมธรรม์ ชั้น 1 อาคารเพลินจิตทาวเวอร์ 898 ถนนเพลินจิต เขตปทุมวัน กทม. 10330

ทั้งนี้ระยะเวลาดำเนินการไม่เกิน 20 วันนับจากวันที่บริษัทได้รับเอกสารครบถ้วน