

คำร้องขอเวนคืนกรมธรรม์

เขียนที่

วันที่

ข้าพเจ้า ผู้เอาประกันภัย/ผู้รับโอนสิทธิกรมธรรม์
 ประกันภัยเลขที่ หมายเลขโทรศัพท์ในการติดต่อ ในฐานะผู้มีสิทธิตามกรมธรรม์
 ของบริษัท กรุงเทพประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) มีความประสงค์ขอเวนคืนกรมธรรม์ฉบับข้างต้น เพื่อรับเงินค่าเวนคืนกรมธรรม์ พร้อม
 ด้วยเงินผลประโยชน์ที่คงไว้ (ถ้ามี) หักด้วยหนี้สินใด ๆ ที่ค้างชำระอยู่ (ถ้ามี) **ซึ่งมีผลทำให้ความคุ้มครองและสิทธิประโยชน์ตาม
 กรมธรรม์ของข้าพเจ้าสิ้นสุดลงทันที และไม่สามารถยกเลิกการเวนคืนกรมธรรม์ หรือขอต่ออายุกรมธรรม์ได้** โดยขอให้โอนเงิน
 ดังกล่าวเข้าบัญชีธนาคาร สาขา
 เลขที่บัญชี ชื่อบัญชี
 ซึ่งมีเหตุผลในการเวนคืนกรมธรรม์คือ

ข้าพเจ้าได้อ่านคำแนะนำการเวนคืนกรมธรรม์ประกันภัย จากสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจ
 ประกันภัย (คปภ.) ท้ายคำร้องฉบับนี้และเข้าใจเนื้อหาเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามิได้เป็นบุคคลผู้ถูกศาลสั่งพิทักษ์ทรัพย์ หรือศาลสั่งล้มละลายแต่อย่างใด

ลงชื่อ.....
 (.....)

พยาน

ลงชื่อ.....
 (.....)

ผู้เอาประกันภัย/ผู้รับโอนสิทธิ

ลงชื่อ.....
 (.....)

พยาน

ลงชื่อ.....
 (.....)

ผู้ปกครอง/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

หมายเหตุ : กรมธรรม์ซึ่งผู้เอาประกันภัยทำประกันชีวิตในขณะที่อายุไม่ถึง 20 ปี ให้ผู้ปกครองและ/หรือผู้ชำระเบี้ยฯลงนามร่วมกับผู้เอาประกันภัย

คำแนะนำ

โปรดอ่านและทำความเข้าใจในคำแนะนำของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)
 เกี่ยวกับการเวนคืนกรมธรรม์ประกันภัยเดิม เพื่อไปซื้อกรมธรรม์ประกันภัยฉบับใหม่ ข้างล่างนี้

1. จำนวนเงินเวนคืนที่จะได้รับคืนนั้นจะเป็นจำนวนเงินที่น้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ได้จ่ายไปแล้ว โดยเฉพาะในปีแรก ๆ ของการทำประกันชีวิต
2. การซื้อกรมธรรม์ประกันภัยฉบับใหม่ จะทำให้ผู้เอาประกันภัยต้องจ่ายเบี้ยประกันที่สูงขึ้นเนื่องจากอายุที่มากขึ้น
3. ผู้เอาประกันภัยจะเสียโอกาสในการได้รับความคุ้มครอง รวมทั้งสิทธิต่าง ๆ ตามกรมธรรม์ประกันภัยฉบับเดิมอย่างต่อเนื่อง
4. ในการทำสัญญาประกันชีวิตฉบับใหม่ ผู้เอาประกันภัยมีหน้าที่ต้องเปิดเผยและแถลงข้อความจริงต่อบริษัทประกันภัยรายใหม่ โดยบริษัทอาจใช้สิทธิโต้แย้งหรือคัดค้านความไม่สมบูรณ์ของสัญญาประกันภัยได้ ภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้ในกรมธรรม์ประกันชีวิต ฉบับใหม่ ในกรณีสัญญาเพิ่มเติมประกันสุขภาพฉบับใหม่ เงื่อนไขเกี่ยวกับระยะเวลารอคอยและสภาพที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัยจะต้องเริ่มนับใหม่

ชื่อตัวแทน

หน่วย/สาขา..... โทร.....

หมายเหตุ.....

.....