

ใบคำร้องขอคืนสถานะกรมธรรม์ ชนิดไม่มีคำถามสุขภาพ รับรองการออกกรมธรรม์ (สำหรับช่องทางพบหน้า)	คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ผู้เอาประกันภัยจะตอบคำถามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจจะเป็นเหตุทำให้บริษัท ผู้รับประกันชีวิตไม่จ่ายเงินทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865																
ชื่อ-สกุลตัวแทน รหัส ทีม																	
กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่																	
ข้อมูลผู้เอาประกันภัย คำนำหน้า ชื่อ-สกุล เบอร์โทรศัพท์มือถือ	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และ/หรือผู้ให้ความยินยอมในฐานะบิดา/มารดา ผู้แทนโดยชอบธรรม (กรณีผู้เยาว์เป็นผู้เอาประกันภัย) คำนำหน้า ชื่อ-สกุล เบอร์โทรศัพท์มือถือ																
ข้าพเจ้าในฐานะผู้เอาประกันภัย หรือผู้ให้ความยินยอมในฐานะบิดา/มารดา ผู้แทนโดยชอบธรรม ขอรับรองว่าได้ทราบ และยินยอมขอคืนสถานะกรมธรรม์สู่สถานะเดิม ทุกประการและข้าพเจ้ายินยอมว่าการกลับคืนสู่สถานะเดิม จะมีผลบังคับเมื่อบริษัทฯ อนุมัติแล้ว ทั้งนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ปรากฏในแบบฟอร์มฉบับนี้ และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของข้าพเจ้า เพื่อการยืนยันตัวตน และดำเนินการกลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์																	
เขียนที่ วันที่ เดือน พ.ศ.																	
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ลงชื่อ (.....) พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต รหัสพนักงาน(เจ้าหน้าที่ลูกค้าสัมพันธ์) </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ลงชื่อ (.....) ผู้เอาประกันภัย (ผู้เอาประกันภัยที่อายุ 10 ปีขึ้นไป จะต้องลงนามด้วยตนเอง) </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> ลงชื่อ (.....) พยาน </td> <td style="vertical-align: top;"> ลงชื่อ (.....) ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และ/หรือผู้ให้ความยินยอมในฐานะ ☐ บิดา/มารดา ☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ) </td> </tr> </table> *หมายเหตุ : กรุณาแนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย และ ในกรณีผู้เอาประกันภัยอายุต่ำกว่า 20 ปี กรุณาส่งสำเนาบัตรประชาชนของผู้ให้ความยินยอมในฐานะบิดา/มารดา ผู้แทนโดยชอบธรรม		ลงชื่อ (.....) พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต รหัสพนักงาน(เจ้าหน้าที่ลูกค้าสัมพันธ์)	ลงชื่อ (.....) ผู้เอาประกันภัย (ผู้เอาประกันภัยที่อายุ 10 ปีขึ้นไป จะต้องลงนามด้วยตนเอง)	ลงชื่อ (.....) พยาน	ลงชื่อ (.....) ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และ/หรือผู้ให้ความยินยอมในฐานะ ☐ บิดา/มารดา ☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)												
ลงชื่อ (.....) พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต รหัสพนักงาน(เจ้าหน้าที่ลูกค้าสัมพันธ์)	ลงชื่อ (.....) ผู้เอาประกันภัย (ผู้เอาประกันภัยที่อายุ 10 ปีขึ้นไป จะต้องลงนามด้วยตนเอง)																
ลงชื่อ (.....) พยาน	ลงชื่อ (.....) ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และ/หรือผู้ให้ความยินยอมในฐานะ ☐ บิดา/มารดา ☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)																
สำหรับเจ้าหน้าที่ดำเนินการ Customer Service Dept. วันเริ่มมีผลบังคับ ขาดผลบังคับ วัน ระยะเวลาที่ขาดส่งเบี้ย วัน Underwriter:.....																	
รายละเอียดการเก็บเบี้ยประกันภัย เพื่อการต่ออายุ และการซื้อใหม่/ซื้อสัญญาเพิ่มเติม (ถ้ามี) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">แบบประกัน</th> <th style="width: 30%;">งวดที่เรียกเก็บเบี้ยประกันภัย</th> <th style="width: 20%;">จำนวนเงิน (บาท)</th> <th style="width: 20%;">งวดที่เรียกเก็บถัดไป</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>แบบประกัน</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>รวมจำนวนเงิน</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> ชำระโดย : ☐ บัตรเครดิตเลขที่ ☐ โอนเงินเข้าบัญชีบริษัทฯ ชำระเมื่อวันที่ ☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ ลายมือเจ้าหน้าที่ วันที่		แบบประกัน	งวดที่เรียกเก็บเบี้ยประกันภัย	จำนวนเงิน (บาท)	งวดที่เรียกเก็บถัดไป	แบบประกัน								รวมจำนวนเงิน			
แบบประกัน	งวดที่เรียกเก็บเบี้ยประกันภัย	จำนวนเงิน (บาท)	งวดที่เรียกเก็บถัดไป														
แบบประกัน																	
รวมจำนวนเงิน																	