



หนึ่งในพันธมิตรของธนาคารออมสิน

บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
63/2 อาคาร บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ชั้น 1, 3, 4, 5 และ 6
ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
โทร.0-2118-5555, โทรสาร. 0-2118-5556 www.tiplife.com

ใบคำร้องขอเปลี่ยนแปลงเช็ค

กรมธรรม์ประกันภัย เลขที่.....

ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย.....

เบอร์โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ทำเครื่องหมาย ในช่อง ที่ต้องการพร้อมรายละเอียด)

เนื่องจากข้าพเจ้า ได้รับเงินตามสิทธิของกรมธรรม์ หรือ จากการชำระเงินเกินจากที่ระบุไว้ในสัญญา ประเภท

- เงินคืนตามเงื่อนไขกรมธรรม์ งวดที่.....
- เงินคืนใหม่ จำนวน.....บาท
- เงินครบกำหนดสัญญา
- เงินเกินจากการต่ออายุ/การชำระเบี้ยประกัน จำนวน.....บาท
- เงินกู้ยืมตามกรมธรรม์ จำนวน.....บาท
- เงินเกินจากการออกกรมธรรม์ใหม่ จำนวน.....บาท
- เงินเวนคืนกรมธรรม์ จำนวน.....บาท
- เงินอื่นๆ(ระบุ).....

อันเนื่องมาจากสาเหตุ

- เช็คสูญหาย (พร้อมแนบสำเนาใบแจ้งความ “เช็คสูญหาย” และ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
- เช็คหมดอายุ (เกิน 6 เดือน)
- ถึงกำหนดงดการชำระเบี้ยประกันภัย
- อื่นๆ(ระบุ).....

ซึ่งข้าพเจ้ามีความประสงค์ ขอยกเลิกเช็คธนาคาร.....เลขที่.....

วันที่.....จำนวนเงิน.....บาท

- ขอนำเช็คไปชำระเบี้ยประกันภัย
- ขอให้โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร.....สาขา.....เลขที่บัญชี.....

(กรุณานำแนบสำเนาสมุดบัญชีธนาคารพาณิชย์ ประเภทออมทรัพย์ เท่านั้น พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)

กรณีเป็นเงินคืนตามเงื่อนไขกรมธรรม์ ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเปลี่ยนวิธีการรับเงินคืนตามเงื่อนไขกรมธรรม์ เป็นโอนเข้าบัญชีธนาคารตามรายละเอียดดังกล่าวข้างต้น เพื่อรับเงินคืนตามเงื่อนไขกรมธรรม์ในงวดถัดไป (ถ้ามี)

- อื่นๆ(ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายละเอียดด้านบนที่ข้าพเจ้าได้แจ้งไว้ เป็นความจริงทุกประการ และ ขอให้บริษัทฯได้จัดทำตามความประสงค์ของข้าพเจ้าด้วย จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....พยาน/ตัวแทน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้เอาประกันภัย/ผู้รับเรื่อง

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน/ตัวแทน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....)

- กรณีผู้เอาประกันยังไม่บรรลุนิติภาวะ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม ที่ระบุไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยหรือบันทึกสลักหลัง ลงลายมือชื่อกำกับเพิ่มเติม

- การพิมพ์ลายนิ้วมือ จะต้องเป็นนิ้วหัวแม่มือข้างขวา โปรดระบุ “นิ้วหัวแม่มือข้างขวาของคุณ..... (ชื่อผู้เอาประกันภัย /ผู้แทนโดยชอบธรรม)”

และ มีพยานลงนาม 2 ท่าน

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทฯ.....

.....

.....

.....

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ.....

ลงนาม.....