

# หนังสือแจ้งความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงเช็ค

เลขที่ \_\_\_\_\_  
(X/Y/Z)

เรียน แผนกจ่ายเงินผลประโยชน์ผู้ถือกรรมสิทธิ์ ฝ่ายบัญชี

วันที่.....

เรื่อง ขอแจ้งความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงเช็ค

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ผู้ถือกรรมสิทธิ์เลขที่.....  เจ้าของกรรมสิทธิ์เลขที่.....  ผู้รับประโยชน์กรรมสิทธิ์เลขที่.....

มีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลง  เงินคืนตามเงื่อนไข  เงินปันผล  เงินชดเชยเงินไหม  เงินเกินปีแรก  อื่นๆ (ระบุ).....

เลขที่เช็ค.....ธนาคาร.....สาขา.....

ลงวันที่.....จำนวนเงิน.....บาท

โดยขอเปลี่ยนแปลงเช็คดังกล่าวข้างต้น

- 1) เป็นเช็คขีดคร่อม A/C Payee Only สั่งจ่ายชื่อผู้ทรงเช็คเพื่อทดแทนฉบับเดิมที่หมดอายุ / ชำรุด / สูญหาย
- 2) เป็นเช็คขีดคร่อม A/C Payee Only สั่งจ่ายชื่อ / นามสกุลใหม่ของผู้ทรงเช็ค คือ .....
- 3) เป็นเช็คขีดคร่อม A/C Payee Only สั่งจ่ายชื่อผู้รับประโยชน์ / ทายาท คือ .....  
ซึ่งมีความเกี่ยวข้องเป็น..... เนื่องจาก.....
- 4) อื่นๆ (ระบุ).....  
ทั้งนี้ ได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการพิจารณาพร้อมทั้งสิ้น ..... รายการดังนี้
- เช็คฉบับดังกล่าวข้างต้น
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนที่ยังไม่หมดอายุของผู้ทรงเช็ค พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง  
กรณีผู้ทรงเช็คทุพพลภาพ การพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือต้องระบุนิ้วหัวแม่มือด้านซ้าย / ขวา ลงลายมือชื่อพยาน 2 ท่าน พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนที่ยังไม่  
หมดอายุและลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนที่ยังไม่หมดอายุของผู้รับประโยชน์ / ทายาท พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาหลักฐานจากทางราชการที่แสดงการเปลี่ยนชื่อ นามสกุล พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง
- เอกสารหลักฐานแสดงความเห็นจากแพทย์แสดงว่าผู้ทรงเช็คทุพพลภาพ หรือ คำสั่งศาลกรณีผู้ทรงเช็คเสียชีวิต / ไร้ความสามารถ / เสมือนไร้ความสามารถ / สิ้นสุด
- อื่นๆ (ระบุ).....

ทั้งนี้ในการที่บริษัทฯ ยินยอมปฏิบัติตามคำขอของข้าพเจ้าในครั้งนี้ให้ถือว่าบริษัทฯ ได้ชำระหนี้แก่ข้าพเจ้าครบถ้วนตามกฎหมายแล้ว หากเกิดความเสียหายใด ๆ ขึ้น  
ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบทั้งสิ้น จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาเปลี่ยนแปลงเช็คให้ตามความประสงค์ของข้าพเจ้าด้วย

<b>กรณีขอเปลี่ยนแปลงเช็คตามข้อ 3)</b>	
ต้องลงนามให้ครบถ้วนทั้ง 4 แห่ง หากผู้เอาประกันภัย (ผู้ทรงเช็ค) ทุพพลภาพ ให้พิมพ์ลาย นิ้วหัวแม่มือ พร้อมระบุด้านซ้าย / ขวา แทนการลงลายมือชื่อ	
ลงชื่อ..... (.....) ผู้เอาประกันภัย (ผู้ทรงเช็ค) เลขที่บัตรประชาชน.....	ลงชื่อ..... (.....) พยาน / ตัวแทนฯ .....
ลงชื่อ..... (.....) ผู้รับประโยชน์ / ทายาท เลขที่บัตรประชาชน.....	ลงชื่อ..... (.....) พยาน .....

ลงชื่อ.....  
(.....)  
ผู้เอาประกันภัย / ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย  
โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....  
รับรองความถูกต้องของข้อมูลข้างต้นและยินยอม  
รับผิดชอบความเสียหายใด ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น  
ลงชื่อ.....  
(.....)  
ตำแหน่ง.....  
หน่วย..... รหัสหน่วย.....

ด้านของบริษัทฯ	NPC/SC/CSC/OS: ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบฐานข้อมูลของบริษัทฯ และเอกสารต่างๆ ประกอบพร้อมทั้งลายมือชื่อของผู้เอาประกันภัย / เจ้าของกรรมสิทธิ์และ ผู้บริหารตัวแทนแล้ว เห็นว่าถูกต้องดำเนินการได้
	ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ      ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ บัญชี: ตรวจสอบสถานะของเช็คแล้ว ( ) ลงค้าง ( ) ขึ้นเงินแล้ว      ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

\*\*\*กรุณากรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน เพื่อความรวดเร็วในการดำเนินการ\*\*\*

