

หนังสือแจ้งความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลง

เลขที่ .....  
(X/Y/Z)

เรียน แผนกจ่ายเงินผลประโยชน์ผู้ถือกรรมสิทธิ์ ฝ่ายบัญชี

วันที่ .....

เรื่อง ขอแจ้งความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลง

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว .....

โทรศัพท์มือถือ.....อีเมล.....

ผู้ถือกรรมสิทธิ์เลขที่ .....  เจ้าของกรรมสิทธิ์เลขที่ .....  ผู้รับผลประโยชน์กรรมสิทธิ์เลขที่ .....

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

เลขที่เช็ค ..... ธนาคาร ..... สาขา ..... ลงวันที่ ..... จำนวนเงิน ..... บาท

โดยขอเปลี่ยนแปลงเช็คดังกล่าวข้างต้น

- 1) เป็นเช็คขีดคร่อม A/C Payee Only สั่งจ่ายชื่อผู้ทรงเช็คเพื่อทดแทนฉบับเดิมที่หมดอายุ / ขำรด / สูญหาย
  - 2) เป็นเช็คขีดคร่อม A/C Payee Only สั่งจ่ายชื่อ / นามสกุลใหม่ของผู้ทรงเช็ค คือ .....
  - 3) เป็นเช็คขีดคร่อม A/C Payee Only สั่งจ่ายชื่อผู้รับประโยชน์ / ทายาท คือ .....  
ซึ่งมีความเกี่ยวข้องเป็น ..... เนื่องจาก .....
- ทั้งนี้ได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการพิจารณาพร้อมทั้งลิ้ง ..... รายการดังนี้
- เช็คฉบับดังกล่าวข้างต้น
  - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนที่ยังไม่หมดอายุของผู้ทรงเช็ค พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง  
กรณีผู้ทรงเช็คทุพพลภาพ การพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือต้องระบุนิ้วหัวแม่มือด้านซ้าย / ขวา ลงลายมือชื่อพยาน 2 ท่าน พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนที่ยังไม่หมดอายุ  
และลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง
  - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนที่ยังไม่หมดอายุของผู้รับประโยชน์ / ทายาท พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง
  - สำเนาหลักฐานจากทางราชการที่แสดงการเปลี่ยนชื่อ นามสกุล พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง
  - เอกสารหลักฐานแสดงความเห็นจากแพทย์แสดงว่าผู้ทรงเช็คทุพพลภาพ หรือ คำสั่งศาลกรณีผู้ทรงเช็คเสียชีวิต / ไร้ความสามารถ / เสื่อมไร้ความสามารถ / สิ้นสุด  
ทั้งนี้ในการที่บริษัทฯ ยินยอมปฏิบัติตามคำขอของข้าพเจ้าในครั้งนี้ให้ถือว่าบริษัทฯ ได้ชำระหนี้แก่ข้าพเจ้าครบถ้วนตามกฎหมายแล้ว หากเกิดความเสียหายใดๆ ขึ้น  
ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบทั้งสิ้น จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาเปลี่ยนแปลงเช็คให้ตามความประสงค์ของข้าพเจ้าด้วย

กรณีขอเปลี่ยนแปลงเช็คตามข้อ 3) ต้องลงนามให้ครบถ้วนทั้ง 4 แห่ง หากผู้เอาประกันภัย (ผู้ทรงเช็ค) ทุพพลภาพ ให้พิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือ พร้อมระบุด้านซ้าย / ขวา แทนการลงลายมือชื่อ

ลงชื่อ..... ผู้เอาประกันภัย (ผู้ทรงเช็ค)      ลงชื่อ.....พยาน / ตัวแทน  
เลขที่บัตรประชาชน.....

ลงชื่อ..... ผู้รับประโยชน์ / ทายาท      ลงชื่อ..... พยาน  
เลขที่บัตรประชาชน.....

ลงชื่อ..... ผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย  
โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ .....

รับรองความถูกต้องของข้อมูลข้างต้นและยินยอมรับผิดชอบความเสียหาย  
ใดๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น

ลงชื่อ..... (.....)  
ตำแหน่ง.....หน่วย..... รหัสหน่วย .....

**ส่วนของบริษัทฯ** NPC/SC/CSC/OS: ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบฐานข้อมูลของบริษัทฯ และเอกสารต่างๆ ประกอบรวมทั้งลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย / เจ้าของกรรมสิทธิ์และ  
ผู้บริหารตัวแทนแล้ว เห็นว่าถูกต้องดำเนินการได้      ลงชื่อ..... ผู้ตรวจสอบ      ลงชื่อ..... ผู้อนุมัติ  
บัญชี: ตรวจสอบสถานะของเช็คแล้ว ( ) คงค้าง ( ) ขึ้นเงินแล้ว      ลงชื่อ..... ผู้ตรวจสอบ

**แจ้งความประสงค์ขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรรมสิทธิ์ผ่านบัญชีธนาคาร (AIAPAY)**

สำหรับทุกกรรมสิทธิ์ ที่มีผลบังคับใช้ ณ วันที่บริษัทอนุมัติหนังสือแจ้งความจำนงฯ นี้

เฉพาะกรรมสิทธิ์เลขที่ที่ระบุดังต่อไปนี้.....

โดยจากนี้ไปขอให้บริษัท เอไอเอ จำกัด นำเงินผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นตามกรรมสิทธิ์ดังกล่าว เข้าบัญชีธนาคารของข้าพเจ้า ตามที่ระบุดังต่อไปนี้

บัญชีพร้อมเพย์ ที่สมัครโดยใช้เลขที่บัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัยเลขที่..... (แนบสำเนาบัตรประชาชน) หรือ

บัญชีธนาคาร (แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร)

ชื่อธนาคาร..... ชื่อบัญชี ..... เลขที่ .....

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท เอไอเอ จำกัดและ/หรือธนาคารที่ข้าพเจ้าได้แจ้งความจำนงขอรับบริการข้างต้น ดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง และ/หรือ ใช้หรือเปิดเผยข้อมูลเลขที่บัญชีและชื่อ  
บัญชีของข้าพเจ้าที่มอบแก่บริษัท เอไอเอ จำกัด เพื่อประโยชน์ในการยืนยันตัวตนของข้าพเจ้า และยินยอมให้เอไอเอ บันทึกปรับปรุงข้อมูลเบอร์ติดต่อ และอีเมลเพื่อใช้ในการติดต่อสื่อสารครั้ง  
ต่อไป ทั้งนี้เงื่อนไขการขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรรมสิทธิ์ผ่านบัญชีพร้อมเพย์ หรือธนาคาร เป็นไปตามที่เอไอเอกำหนด

ลงชื่อ.....เจ้าของกรรมสิทธิ์ประกันภัย/เจ้าของบัญชี      ลงชื่อ.....พยาน      ลงชื่อ.....พยาน

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

