

หนังสือแจ้งความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงเช็ค

เลขที่ _____
(X/Y/Z)

เรียน แผนกจ่ายเงินผลประโยชน์ผู้ถือกรรมสิทธิ์ ฝ่ายบัญชี

วันที่.....

เรื่อง ขอแจ้งความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงเช็ค

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

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

มีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงเช็ค 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

| | |
|---|---|
| กรณีขอเปลี่ยนแปลงเช็คตามข้อ 3) | |
| 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

