บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
123 ถนนรัชดาภิเษก เขตดินแดง กรุงเทพฯ 10400
โทร. 0 2247 0247 โทรสาร 0 2246 9946
www.thailife.com ทะเบียนเลขที่ 0107555000104

หนังสือแจ้งความจำนงขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีธนาคาร

วัน ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ข้าพเจ้าผู้เอาประกันภัย (นาย / นาง /นางสาว).....

โทรศัพท์มือถือ.....อีเมล.....

ข้าพเจ้าขอให้บริษัท ฯ นำเงินผลประโยชน์ที่ระบุไว้ในหนังสือแจ้งความจำนงฉบับนี้ เข้าบัญชีธนาคาร ตามช่องทางการรับเงินดังนี้ (กรุณาเลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง)

( ) ประสงค์ขอใช้บริการรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านพร้อมเพย์ โดยใช้เลขบัตรประจำตัวประชาชนของข้าพเจ้า (กรุณาแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)

	-						-						-					-	

( ) ประสงค์ขอใช้บริการรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีธนาคาร (กรุณาแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาหน้าสมุดบัญชีออมทรัพย์หรือรายการเดินบัญชีสำหรับบัญชีกระแสรายวัน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)

ธนาคาร.....สาขา.....

เลขที่บัญชี..... ชื่อเจ้าของบัญชี.....ความสัมพันธ์.....

ข้าพเจ้าขอให้บริษัทฯ นำเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ต่อไปนี้ เข้าบัญชีธนาคารตามช่องทางการรับเงินที่ข้าพเจ้าระบุไว้ข้างต้น

■ เงินค่าสินไหมทดแทน สำหรับทุกกรมธรรม์ของข้าพเจ้าที่มีผลบังคับใช้ (ไม่สามารถขอใช้บริการเป็นรายกรมธรรม์)

■ เงินคืนตามเงื่อนไข /เงินปันผล /เงินบำนาญ สำหรับทุกกรมธรรม์ของข้าพเจ้าที่มีผลบังคับใช้ กรณีต้องการขอใช้บริการเป็นรายกรมธรรม์ โปรดระบุเลขที่กรมธรรม์ 1).....2).....3).....

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) และ/หรือ ธนาคารที่ข้าพเจ้าได้แจ้งความจำนงขอรับบริการข้างต้นดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง และ/หรือ ใช้หรือเปิดเผยข้อมูลเลขที่บัญชีและชื่อบัญชีของข้าพเจ้าที่มอบแก่บริษัทฯ เพื่อประโยชน์ในการยืนยันตัวตน ของข้าพเจ้า

ผู้ลงลายมือชื่อในเอกสารฉบับนี้ขอยืนยันว่าได้รับทราบรายละเอียดและข้อกำหนดต่างๆตามที่ระบุไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลที่บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ได้แจ้งให้ทราบก่อนหรือขณะเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลแล้ว

อนึ่งผู้แถลงรับรองว่าผู้แถลงได้รับความยินยอมจากเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลอื่นที่ปรากฏในเอกสารฉบับนี้หรือเอกสารประกอบที่เกี่ยวข้อง หรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายในการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลดังกล่าวแก่บริษัท และได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทให้บุคคลดังกล่าวทราบแล้ว

ข้อกำหนดและเงื่อนไข

1. สำหรับกรมธรรม์ที่มีผลบังคับใช้ ณ วันที่บริษัทอนุมัติหนังสือแจ้งความจำนงนี้
2. บัญชีพร้อมเพย์จะต้องเป็นบัญชีของผู้เอาประกันภัย ที่ทำการลงทะเบียนพร้อมเพย์ด้วยเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกันภัยเท่านั้น
3. บัญชีธนาคารจะต้องเป็นบัญชีออมทรัพย์หรือกระแสรายวันของผู้เอาประกันภัย โดยต้องมิใช่ในนาม ห้างร้าน/บริษัท หรือ บัญชีที่ใช้ร่วมกับผู้อื่น (กรณีผู้เอาประกันภัยมีอายุไม่เกิน 15 ปีบริบูรณ์ สามารถระบุบัญชีธนาคารเป็นของบิดา/มารดา)
4. กรณีผู้เอาประกันภัยมีอายุไม่เกิน 15 ปีบริบูรณ์ และได้แจ้งโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารของบิดา/มารดาไว้กับบริษัทฯ หากผู้เอาประกันภัยมีอายุครบ 15 ปีบริบูรณ์แล้ว แต่ยังไม่มีการแจ้งเปลี่ยนแปลงบัญชีธนาคารเป็นชื่อของผู้เอาประกันภัย บริษัทฯ จะจ่ายเงินผลประโยชน์ในนามผู้เอาประกันภัย โดยจัดส่งเช็คตามที่อยู่ที่มีการแจ้งไว้กับบริษัทฯ
5. ผู้เอาประกันภัยจะได้รับบริการโอนเงินคืนระหว่างสัญญาเข้าบัญชีธนาคาร โดยอัตโนมัติตามเงื่อนไขกรมธรรม์
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงบัญชีธนาคาร ที่ระบุไว้ข้างต้น ผู้เอาประกันภัยจะต้องแจ้งบริษัทฯ เป็นลายลักษณ์อักษรล่วงหน้าอย่างน้อย 1 เดือน และหากท่านเคยให้ข้อมูลการโอนเงินกับบริษัทฯ ไว้และต่อมาได้ทำการเปลี่ยนแปลงข้อมูลในภายหลัง บริษัทฯ จะดำเนินการตามข้อมูล ณ ปัจจุบันของท่านที่ทำการเปลี่ยนแปลงไว้กับบริษัทฯ
7. การที่บริษัทฯ ได้นำเงินคืนระหว่างสัญญาเข้าบัญชีธนาคารที่ข้าพเจ้าได้แจ้งไว้นั้น ให้ถือว่าบริษัทฯ ได้จ่ายเงินคืนระหว่างสัญญาแก่ข้าพเจ้าตามข้อกำหนด และเงื่อนไขแห่งกรมธรรมประกันภัย และถือว่าข้าพเจ้าได้รับเงินตามเงื่อนไขกรมธรรม์โดยถูกต้องเรียบร้อยแล้ว
8. กรณีที่มีคำสั่งจากหน่วยงานราชการ ทำให้ผู้เอาประกันภัยไม่สามารถทำธุรกรรมใดๆ ได้ ให้ถือว่าการบริการนั้นสิ้นสุดลงทันที
9. กรณีที่บริษัทฯ ไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีธนาคารตามที่ระบุไว้ข้างต้น ไม่ว่าด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตาม ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ ยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลง การนำเงินคืน ระหว่างสัญญา ตามกรมธรรม์ประกันภัยเข้าบัญชีธนาคารของข้าพเจ้าได้ทุกเมื่อ ทั้งนี้บริษัทฯ จะจ่ายเงินคืนระหว่างสัญญา เป็นเช็คตาม ที่อยู่ที่มีการแจ้งไว้กับบริษัทฯ หรือ โดยวิธีการอื่นใดตามขั้นตอน ของบริษัทฯ
10. ถ้าผู้เอาประกันภัยพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือ จะต้องมีพยานรับรองอย่างน้อย 2 คน

ลงชื่อ .....(ผู้เอาประกันภัย)	ลงชื่อ .....(ผู้ปกครอง)
(.....)	(.....)
ลงชื่อ.....(พยาน)	ลงชื่อ.....(พยาน)
(.....)	(.....)

กรณีเงินคืนตามเงื่อนไข/เงินปันผล/เงินบำนาญ

ส่งแบบฟอร์มมาที่ บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เลขที่ 123 ถ.รัชดาภิเษก เขตดินแดง กรุงเทพฯ 10400 (ส่วนบริการช่องทางพิเศษ)

หรือส่งแฟกซ์มาที่หมายเลข 0-2642-2944, 0-2246-1069 หรือ E_mail : Policyservice@thailife.com

กรณีโอนเงินค่าสินไหมทดแทน

ส่งแบบฟอร์มมาที่ บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เลขที่ 123 ถ.รัชดาภิเษก เขตดินแดง กรุงเทพฯ 10400 (ส่วนสินไหม)

หรือส่งแฟกซ์มาที่หมายเลข 0-2246-9825 โทรศัพท์ 0-2247-0247 ต่อ 04946

ท่านสามารถศึกษารายละเอียดนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล ได้ที่เว็บไซต์ (https://www.thailife.com/PrivacyPolicy) หรือสามารถสแกนคิวอาร์โค้ดที่ปรากฏ