



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

วัน เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้าผู้เอารประกันภัย (นาย / นาง / นางสาว).....
โทรศัพท์มือถือ.....อีเมล.....

ข้าพเจ้าขอใ้บริษัท ฯ นำเงินผลประโยชน์ที่ระบุไว้ในหนังสือแจ้งความจำนงฉบับนี้ เข้าบัญชีธนาคาร ตามช่องทางการรับเงินดังนี้ (กรุณาเลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง)

() ประสงค์ขอใช้บริการรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านพร้อมเพย์ โดยใช้เลขบัตรประจำตัวประชาชนของข้าพเจ้า (กรุณาระบุสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)

[illegible]

() ประสงค์ขอใช้บริการรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีธนาคาร (กรุณาแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาหน้าสมุดบัญชีออมทรัพย์หรือรายการเดินบัญชีสำหรับบัญชีกระแสเงินสด พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)

รหัสนิติกร.....สาขา.....
เลขที่บัญชี.....ชื่อเจ้าของบัญชี.....ความสัมพันธ์.....

ข้าพเจ้าขอให้บริษัทฯ นำเงินผลประโยชน์ตามกฎหมายต่อไปนี้ เข้าบัญชีธนาคารตามช่องทางการรับเงินที่ข้าพเจ้าระบุไว้ข้างต้น

- เงินค่าสินไหมทดแทน สำหรับทุกรมธรรมของข้าพเจ้าที่มีผลบังคับใช้ (ไม่สามารถขอใช้บริการเป็นรายการธรรม)
- เงินคืนตามเงื่อนไข/เงินปันผล/เงินบำนาญ สำหรับทุกรมธรรมของข้าพเจ้าที่มีผลบังคับใช้ กรณีต้องการขอใช้บริการเป็นรายการธรรม
- โปรดระบุเลขที่กรมธรรม์ 1).....2).....3).....

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

ผู้ลงลายมือชื่อในเอกสารฉบับนี้ขอยืนยันว่าได้รับทราบรายละเอียดและข้อกำหนดต่างๆตามที่ระบุไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลที่บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ได้แจ้งให้ทราบก่อนหรือขณะเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลแล้ว

อันนี้ผู้แถลงรับรองว่าผู้แถลงได้รับความยินยอมจากเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลอื่นที่ปรากฏในเอกสารประกอบที่เกี่ยวข้อง หรือสามารถหาหลักฐานทางกฎหมายในการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลดังกล่าวแก่บริษัท และได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทให้แก่บุคคลดังกล่าวทราบแล้ว

ข้อกำหนดและเงื่อนไข

1. สำหรับกรมธรรม์ที่มีผลบังคับใช้ ณ วันที่บริษัทอนุมัติหนังสือแจ้งความจำนงค์
2. บัญชีพร้อมแพทย์จะต้องเป็นบัญชีของผู้เอาประกันภัย ที่ทำการลงทะเบียนพร้อมแพทย์ด้วยเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกันภัยเท่านั้น
3. บัญชีธนาคารจะต้องเป็นบัญชีออมทรัพย์หรือกระแสรายวันของผู้เอาประกันภัย โดยต้องมีใบชีณามง ห้างร้าน/บริษัท หรือ บัญชีที่ใช้ร่วมกันคู่สมรส (กรณีผู้เอาประกันภัยมีอายุไม่เกิน 15 ปีบริบูรณ์ สามารถระบุบัญชีธนาคารเป็นของบิดา/มารดา)
4. กรณีผู้เอาประกันภัยมีอายุไม่เกิน 15 ปีบริบูรณ์ และให้แจ้งโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารของบิดา/มารดาไว้กับบริษัทฯ หากผู้เอาประกันภัยมีอายุครบ 15 ปีบริบูรณ์แล้ว แต่ยังไม่มีกรแจ้งเปลี่ยนแปลงบัญชีธนาคารเป็นชื่อของผู้เอาประกันภัย บริษัทฯ จะจ่ายผลประโยชน์โดยอัตโนมัติให้ผู้เอาประกันภัย โดยจัดส่งเช็คตามข้อคู่ที่มีการแจ้งไว้กับบริษัทฯ
5. ผู้เอาประกันภัยจะได้รับบริการโอนเงินคืนระหว่างสัญญาเข้าบัญชีธนาคาร โดยอัตโนมัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงบัญชีธนาคาร ที่ระบุไว้ข้างต้น ผู้เอาประกันภัยจะต้องแจ้งบริษัทฯ เป็นลายลักษณ์อักษรล่วงหน้าอย่างน้อย 1 เดือน และหากท่านเคยให้ข้อมูลการ โอนเงินกับบริษัทฯ ไว้แล้วต่อมาได้ทำการเปลี่ยนแปลงข้อมูลในภายหลัง บริษัทฯ จะดำเนินการตามข้อมูล ณ ปัจจุบันของท่านที่ทำการเปลี่ยนแปลงไว้กับบริษัทฯ
7. การที่บริษัทฯ ใ้ดำเนินการคืนระหว่างสัญญาเข้าบัญชีธนาคารที่ข้าพเจ้าได้แจ้งไว้ นั้น ให้ถือว่าบริษัทฯ ได้จ่ายเงินคืนระหว่างสัญญาแก่ข้าพเจ้าตามข้อกำหนด และเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย และถือว่าข้าพเจ้า ได้รับเงินตามเงื่อนไขกรมธรรม์โดยถูกต้องเรียบร้อยแล้ว
8. กรณีที่มีคำสั่งจากหน่วยงานราชการ ทำให้ผู้เอาประกันภัยไม่สามารถทำธุรกรรมใดๆ ได้ ให้ถือว่าค่าบริการนั้นสิ้นสุดลงทันที
9. กรณีที่บริษัทฯ ไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีธนาคารตามที่ระบุไว้ข้างต้น ไม่ว่าด้วยเหตุใดๆ ก็ตาม ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ ยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลง การนำเงินคืน ระหว่างสัญญา ตามกรมธรรม์ประกันภัยเข้า บัญชีธนาคารของข้าพเจ้าได้ทุกเมื่อ ทั้งนี้บริษัทฯ จะจ่ายเงินคืนระหว่างสัญญา เป็นเช็คตาม ข้อคู่ที่มีการแจ้งไว้กับบริษัทฯ หรือ โดยวิธีการอื่นตามขั้นตอน ของบริษัทฯ
10. ถ้าผู้เอาประกันภัยที่พำนักอยู่นี้ว่าเกิน 2 คน จะต้องมีพยานรับรองอย่างน้อย 2 คน

ลงชื่อ (ผู้เอาประกันภัย)
(.....)

ลงชื่อ (ผู้ปกครอง)
(.....)

๔
 ดึงชื่อ.....(พยาน)
 (.....)

๔
 ๕
 ๖
 ๗
 ๘
 ๙
 ๑๐
 ๑๑
 ๑๒
 ๑๓
 ๑๔
 ๑๕
 ๑๖
 ๑๗
 ๑๘
 ๑๙
 ๒๐
 ๒๑
 ๒๒
 ๒๓
 ๒๔
 ๒๕
 ๒๖
 ๒๗
 ๒๘
 ๒๙
 ๓๐
 ๓๑
 ๓๒
 ๓๓
 ๓๔
 ๓๕
 ๓๖
 ๓๗
 ๓๘
 ๓๙
 ๔๐
 ๔๑
 ๔๒
 ๔๓
 ๔๔
 ๔๕
 ๔๖
 ๔๗
 ๔๘
 ๔๙
 ๕๐
 ๕๑
 ๕๒
 ๕๓
 ๕๔
 ๕๕
 ๕๖
 ๕๗
 ๕๘
 ๕๙
 ๖๐
 ๖๑
 ๖๒
 ๖๓
 ๖๔
 ๖๕
 ๖๖
 ๖๗
 ๖๘
 ๖๙
 ๗๐
 ๗๑
 ๗๒
 ๗๓
 ๗๔
 ๗๕
 ๗๖
 ๗๗
 ๗๘
 ๗๙
 ๘๐
 ๘๑
 ๘๒
 ๘๓
 ๘๔
 ๘๕
 ๘๖
 ๘๗
 ๘๘
 ๘๙
 ๙๐
 ๙๑
 ๙๒
 ๙๓
 ๙๔
 ๙๕
 ๙๖
 ๙๗
 ๙๘
 ๙๙
 ๑๐๐

กรณีเงินคืนตามเงื่อนไข/เงินปันผล/เงินบำนาญ

ส่งแบบฟอร์มมาที่ บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เลขที่ 123 ถนนรัชดาภิเษก เขตดินแดง กรุงเทพฯ 10400 (ส่วนบริการช่องทางพิเศษ)
หรือส่งไปรษณีย์มาเลข 0-2642-2944, 0-2246-1069 หรือ E mail : Polycyservice@thailife.com

กรณีโอนเงินค่าสินไหมทดแทน

ส่งแบบฟอร์มมาที่ บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เลขที่ 123 ถนนรัชดาภิเษก เขตดินแดง กรุงเทพฯ 10400 (ส่วนสินไหม)
หรือส่งแฟกซ์มาที่หมายเลข 0-2246-9825 โทรศัพท์ 0-2247-0247 ต่อ 3550

ท่านสามารถศึกษารายละเอียดนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล ได้ที่เว็บไซต์ (<https://www.thailife.com/PrivacyPolicy>) หรือสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ปรากฏ

