



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

หนังสือแจ้งความจำนงค์ขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีธนาคาร

วัน เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้าผู้เอาประกันภัย (นาย / นาง / นางสาว)
โทรศัพท์มือถือ อีเมล

ข้าพเจ้าขอให้บริษัทฯ นำเงินผลประโยชน์ที่ระบุไว้ในหนังสือแจ้งความจำนงค์ฉบับนี้เข้าบัญชีธนาคาร ตามช่องทางการรับเงินดังนี้ (กรุณาเลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง)
() ประสงค์ขอใช้บริการรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านพร้อมเพย์ โดยใช้เลขบัตรประจำตัวประชาชนของข้าพเจ้า (กรุณาแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)

() - - - -

ประสงค์ขอใช้บริการรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีธนาคาร (กรุณาแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาหน้าสมุดบัญชีออมทรัพย์ หรือรายการเดินบัญชีสำหรับบัญชีกระแสรววัน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)

ธนาคาร สาขา
เลขที่บัญชี ชื่อเจ้าของบัญชี ความสัมพันธ์

ข้าพเจ้าขอให้บริษัทฯ นำเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ต่อไปนี้เข้าบัญชีธนาคารตามช่องทางการรับเงินที่ข้าพเจ้าระบุไว้ข้างต้น

- เงินค่าสินไหมทดแทน สำหรับทุกกรมธรรม์ของข้าพเจ้าที่มีผลบังคับใช้ (ไม่สามารถขอใช้บริการเป็นรายการกรมธรรม์)
- เงินคืนตามเงื่อนไข / เงินปันผล / เงินบำนาญ สำหรับทุกกรมธรรม์ของข้าพเจ้าที่มีผลบังคับใช้ กรณีต้องการขอใช้บริการเป็นรายการกรมธรรม์

โปรดระบุเลขที่กรมธรรม์ 1) 2) 3) 4)

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) และ/หรือ ธนาคารที่ข้าพเจ้าได้แจ้งความจำนงค์ขอรับบริการข้างต้นดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง และ/หรือ ใช้หรือเปิดเผยข้อมูลเลขที่บัญชีและชื่อบัญชีของข้าพเจ้าที่มอบแก่บริษัทฯ เพื่อประโยชน์ในการยื่นคำขอคืนเงิน ของข้าพเจ้า ผู้ลงลายมือชื่อในเอกสารฉบับนี้ขอรับทราบและยินยอมว่าข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อกำหนดต่าง ๆ ตามที่ระบุไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลที่บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ได้แจ้งให้ทราบก่อนหรือขณะเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลแล้ว

อนึ่งผู้ดูแลรับรองว่าผู้ดูแลได้รับความยินยอมจากเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลอื่นที่ปรากฏในเอกสารฉบับนี้หรือเอกสารประกอบที่เกี่ยวข้อง หรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายในการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลดังกล่าวแก่บริษัทฯ และได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทฯ ให้บุคคลดังกล่าวทราบแล้ว

- ข้อกำหนดและเงื่อนไข**
- สำหรับกรมธรรม์ที่มีผลบังคับใช้ ณ วันที่บริษัทฯ อนุมัติหนังสือแจ้งความจำนงค์นี้
 - บัญชีพร้อมเพย์จะต้องเป็นบัญชีของผู้เอาประกันภัย ที่ทำการลงทะเบียนพร้อมเพย์ด้วยเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกันภัยเท่านั้น
 - บัญชีธนาคารจะต้องเป็นบัญชีออมทรัพย์หรือกระแสรววันของผู้เอาประกันภัย โดยต้องมีชื่อในนาม ห้างร้าน/บริษัท หรือ บัญชีที่ใช้ร่วมกับผู้อื่น (กรณีผู้เอาประกันภัยมีอายุไม่เกิน 15 ปีบริบูรณ์ สามารถระบุบัญชีธนาคารเป็นของบิดา/มารดา)
 - กรณีผู้เอาประกันภัยมีอายุไม่เกิน 15 ปีบริบูรณ์ และได้แจ้งโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารของบิดา/มารดาไว้กับบริษัทฯ หากผู้เอาประกันภัยมีอายุครบ 15 ปีบริบูรณ์แล้ว แต่ยังไม่มีการแจ้งเปลี่ยนแปลงบัญชีธนาคารเป็นชื่อของผู้เอาประกันภัย บริษัทฯ จะจ่ายเงินผลประโยชน์ในนามผู้เอาประกันภัย โดยจัดส่งเช็คตามที่อยู่ที่มีการแจ้งไว้กับบริษัทฯ
 - ผู้เอาประกันภัยขอใช้บริการโอนเงินคืนระหว่างสัญญาเข้าบัญชีธนาคาร โดยอัตโนมัติตามเงื่อนไขกรมธรรม์
 - หากมีการเปลี่ยนแปลงบัญชีธนาคาร ที่ระบุไว้ข้างต้น ผู้เอาประกันภัยจะต้องแจ้งบริษัทฯ เป็นลายลักษณ์อักษรล่วงหน้าอย่างน้อย 1 เดือน และหากท่านเคยให้ข้อมูลการโอนเงินกับบริษัทฯ ไว้และต่อมาได้ทำการเปลี่ยนแปลงข้อมูลในภายหลัง บริษัทฯ จะดำเนินการตามข้อมูล ณ ปัจจุบันของท่านที่ทำการเปลี่ยนแปลงไว้กับบริษัทฯ
 - การที่บริษัทฯ ได้นำเงินคืนระหว่างสัญญาเข้าบัญชีธนาคารที่ข้าพเจ้าได้แจ้งไว้ นั้นให้ถือว่าบริษัทฯ ได้จ่ายเงินคืนระหว่างสัญญา แก่ข้าพเจ้าตามข้อกำหนด และเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย และถือว่าข้าพเจ้าได้รับเงินตามเงื่อนไขกรมธรรม์โดยถูกต้องเรียบร้อยแล้ว
 - กรณีที่มีคำสั่งจากหน่วยงานราชการ ทำให้ผู้เอาประกันภัยไม่สามารถทำธุรกรรมใดๆ ได้ ให้ถือว่าบริการนั้นสิ้นสุดลงทันที
 - กรณีที่บริษัทฯ ไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีธนาคารตามที่ระบุไว้ข้างต้น ไม่ว่าด้วยเหตุใดๆ ก็ตาม ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ ยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลง การนำเงินคืน ระหว่างสัญญา ตามกรมธรรม์ประกันภัยเข้าบัญชีธนาคารของข้าพเจ้าได้ทุกเมื่อ ทั้งนี้บริษัทฯ จะจ่ายเงินคืนระหว่างสัญญา เป็นเช็คตาม ที่อยู่ที่มีการแจ้งไว้กับบริษัทฯ หรือ โดยวิธีการอื่นใดตามขั้นตอน ของบริษัทฯ
 - ถ้าผู้เอาประกันภัยพิมพ์ลายนิ้วมือแล้ว จะต้องพิมพ์นามรับรองอย่างน้อย 2 คน

ลงชื่อ (ผู้เอาประกันภัย)
(.....)

ลงชื่อ (ผู้ปกครอง)
(.....)

ลงชื่อ (พยาน/ผู้ใช้อำนาจปกครอง)
(.....)

ลงชื่อ (พยาน)
(.....)

กรณีเงินคืนตามเงื่อนไข/เงินปันผล/เงินบำนาญ

ส่งแบบฟอร์มมาที่ บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เลขที่ 123 ถนนรัชดาภิเษก เขตดินแดง กรุงเทพฯ 10400 (ส่วนบริการช่องทางพิเศษ)
หรือ E-mail : policycenter@thaillife.com หากมีข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อ ศูนย์บริการข้อมูลผู้เอาประกันภัย โทร 1124 ในวันและเวลาทำการ

กรณีโอนเงินค่าสินไหมทดแทน

ส่งแบบฟอร์มมาที่ บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เลขที่ 123 ถนนรัชดาภิเษก เขตดินแดง กรุงเทพฯ 10400 (ส่วนสินไหม)
หรือ E-mail : claimcenter@thaillife.com โทรศัพท์ 0-2247-0247 ต่อ 01322

บมจ.ไทยประกันชีวิต ขอแจ้งรายละเอียดการเก็บและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลก่อนวันที่กฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลมีผลบังคับ ท่านสามารถศึกษารายละเอียดนโยบายคุ้มครอง ข้อมูลส่วนบุคคลและสิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลได้ที่เว็บไซต์ (<https://www.thaillife.com/PrivacyPolicy>) หรือ สามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่

