

รายการที่ต้องนำส่งกรณีคำขอแก้ไขเช็ค

1.ขอเปลี่ยนแปลงชื่อ และ/หรือ นามสกุล

ต้นฉบับ

สำเนา

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | แบบฟอร์มคำร้องขอแก้ไขเช็ค |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | เอกสารการเปลี่ยนแปลงชื่อ หรือ นามสกุล จากทางราชการ (ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงชื่อ และ/หรือ นามสกุล) |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | บัตรประชาชน |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | เช็คฉบับเดิม |

2.ขอออกเช็คฉบับใหม่ เนื่องจาก เช็คหมด (เกินอายุ 6 เดือน) หรือ ชำรุด

ต้นฉบับ

สำเนา

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | แบบฟอร์มคำร้องขอแก้ไขเช็ค |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | บัตรประชาชน |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | เช็คฉบับเดิม |

3.ขอออกเช็คฉบับใหม่ เนื่องจาก เช็คสูญหาย

ต้นฉบับ

สำเนา

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | แบบฟอร์มคำร้องขอแก้ไขเช็ค |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | บัตรประชาชน |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ใบบันทึกประจำวัน |

หมายเหตุ

เอกสารที่นำส่งบริษัท หากเป็นเอกสารฉบับสำเนาจะต้องมีการรับรองสำเนาถูกต้องจากผู้เอาประกัน

ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร

ฝ่ายพิจารณาสินไหม

บริษัท แอ็ดวานซ์ ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

สำนักงานใหญ่ เลขที่ 175 อาคารสารชิตี ทาวเวอร์ ชั้น 1/1 และ 2/1

ถนนสาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120



บริษัท แอ็ดวานซ์ ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
Advance Life Assurance Public Company Limited

สำนักงานใหญ่ : 175 อาคารสารชิตี ทาวเวอร์ ชั้น 1/1 และ 2/1 ถนนสาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120
Head Office : 175 Sathorn City Tower 1/1 and 2/1 Floor, South Sathorn Road, Thungmahamek, Sathorn, Bangkok 10120
Call Center 02 648 3600 Fax. 02 648 3555 www.alife.co.th Latitude : 13.721747, 100.531881
ทะเบียนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษี Registration No. / Tax ID No. 0107555000465

คำร้องขอแก้ไขเช็ค

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรื่อง ขอแก้ไขเช็ค

เรียน ฝ่ายพิจารณารับประกัน&สินไหม / ฝ่ายบัญชีและการเงิน บริษัท แอ็ดวานซ์ ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

ข้าพเจ้า..... นามสกุลกรมธรรม์เลขที่ -

มีความประสงค์ขอให้ บริษัทแอ็ดวานซ์ ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ดำเนินการ ดังต่อไปนี้

- เปลี่ยนชื่อ – นามสกุล ระบุไม่ถูกต้อง จาก..... เป็น

ได้แนบใบเปลี่ยนชื่อ – นามสกุล มาประกอบใช้เป็นหลักฐานด้วยแล้ว

- แก้ไขวันที่ในเช็คเป็นวันที่ปัจจุบัน เนื่องจากเช็คดังกล่าวได้พ้นระยะเวลาหกเดือนนับแต่วันที่ออกเช็คแล้ว

- ชำรุด เนื่องจาก

เช็คธนาคาร.....เลขที่ลงวันที่จำนวน.....บาท

- สูญหาย เนื่องจาก

เช็คธนาคาร.....เลขที่ลงวันที่จำนวน.....บาท

ได้แนบบันทึกรายวันแจ้งเช็คสูญหาย มาประกอบไว้เป็นหลักฐานด้วยแล้ว

- อื่น ๆ (โปรดระบุ)

เมื่อดำเนินการเรียบร้อยแล้วขอให้บริษัทดำเนินการ

- ส่งเช็คทางทางไปรษณีย์ลงทะเบียน ถึงข้าพเจ้า.....

- โอนเข้าบัญชี(เฉพาะเขตกรุงเทพฯ)ธนาคาร.....สาขา.....เลขที่.....

- โทรศัพท์แจ้งข้าพเจ้าที่หมายเลข..... เนื่องจากข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะมาขอรับเช็คที่ บริษัท แอ็ดวานซ์ ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ด้วยตนเอง

ลงชื่อ ผู้ยื่นคำร้อง วันที่

()

หมายเหตุ กรุณาแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (รับรองสำเนาถูกต้อง) พร้อมกับยื่นแบบฟอร์มทุกครั้ง

สำหรับเจ้าหน้าที่	ได้รับเช็คดังกล่าวข้างต้นไว้ เพื่อดำเนินการต่อไปแล้ว
ฝ่ายพิจารณาสินไหม	ผู้รับเอกสาร วันที่รับเอกสาร..... วันที่ส่งการเงิน.....
ความคิดเห็น.....	ผู้ตรวจสอบ วันที่
.....	ผู้อนุมัติ วันที่
ที่อยู่ในการจัดส่งเช็ค.....	
วันที่ส่งเช็คออก.....เลขนำส่งทางไปรษณีย์.....	
โอนเข้าบัญชีเมื่อวันที่ ชื่อบัญชีธนาคารสาขาเลขที่.....	
ข้าพเจ้า..... ได้รับเช็คที่แก้ไขเรียบร้อยแล้ว (กรณีมารับด้วยตนเอง)	
ลงชื่อ วันที่	