บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 6 อาคารโอเนสทาวเวอร์ ชั้น 4, 22-23 ซอยสุขุมวิท 6
แขวงคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร 10110
ศูนย์บริการลูกค้าเอฟดับบลิวดี โทร. 1351 เลขทะเบียนบริษัท 0107563000304
fwd.co.th

FWD insurance

แบบฟอร์มขอออกเช็คฉบับใหม่

เขียนที่ ....
วันที่ .... เดือน .... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า / ผู้แจ้งความประสงค์... เป็นผู้มีสิทธิตามกรมธรรม์เลขที่...
ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย (ในกรณีผู้แจ้งความประสงค์ไม่ใช่ผู้เอาประกันภัย)..
ชื่อผู้เอาประกันภัย..มีความประสงค์ขอให้ออกเช็คฉบับใหม่

<u>เนื่องจาก</u>

- ◯ เช็คหาย / ไม่ได้รับ สาเหตุ...
- ◯ เช็คหมดอายุ (เกิน 6 เดือน) เลขที่... วันที่หน้าเช็ค..

<u>ต้องการให้จัดส่งเช็คใหม่โดย</u>

- ◯ โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร.............................. เลขที่...................................... สาขา..................................
  (กรุณาแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร)
- ◯ ส่งตามที่อยู่กรมธรรม์
  มีการเปลี่ยนแปลงที่อยู่หรือไม่ ◯ ไม่มี ◯ มี กรุณาแจ้งที่อยู่ปัจจุบัน...
  ....
  โทรศัพท์บ้าน... โทรศัพท์มือถือ.............................. อีเมล................................

ลงชื่อ ....
( )
ผู้เอาประกันภัย / ผู้รับประโยชน์ / ผู้ใช้อำนาจปกครอง
ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้รับโอนสิทธิ