



คำขอเลขที่ ...../.....  
วันที่ .....

**คำยืนยันสิทธิขอรับเงินของเจ้าหน้าที่ตามสัญญาประกันภัย  
บริษัท สัมพันธ์ประกันภัย จำกัด**

ข้าพเจ้า ..... ในฐานะเจ้าหน้าที่ตามสัญญาประกันภัย  
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย ..... ถนน .....  
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ ..... มือถือ.....  
เห็นชอบกับจำนวนเงินที่กองทุนประกันวินาศภัยได้แจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ โดยมีได้ชัดช่องประการใด

ข้าพเจ้าจึงมีความประสงค์ขอรับเงินตามจำนวนที่กองทุนประกันวินาศภัยแจ้งแก่ข้าพเจ้า  
โดยวิธีการ ดังนี้

- ( ) โอนเข้าบัญชีธนาคาร..... สาขา .....  
ชื่อบัญชี ..... เลขที่บัญชี .....  
ตามที่ข้าพเจ้าได้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากมาพร้อมนี้
- ( ) ส่งจ่ายเป็นเช็ค

ลงชื่อ ..... เจ้าหน้าที่  
(.....)

**หมายเหตุ :**

๑. กรณีการโอน กองทุนประกันวินาศภัยจะทำการโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารที่ท่านได้  
แจ้งความประสงค์ไว้กับกองทุนประกันวินาศภัย

๒. กรณีจ่ายเป็นเช็ค จะส่งจ่ายในนามของเจ้าหน้าที่และกองทุนประกันวินาศภัยจะ  
ดำเนินการติดต่อท่านให้มารับเช็คตามวัน เวลา ที่กองทุนประกันวินาศภัยกำหนดเท่านั้น