

แบบฟอร์มขอรับเงินค่าสินไหมทดแทน
อุบัติเหตุ และ / หรือ สุขภาพ ผ่านเคาน์เตอร์เซอร์วิสในร้าน 7-Eleven

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ผู้เอาประกันภัย / ผู้ปกครอง
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ตามกรมธรรม์เลขที่ บัตรประชาชนหมายเลข
..... โทรศัพท์มือถือหมายเลข เพื่อลงทะเบียนรับ "รหัสการรับเงิน"
จากบริษัท กรุงเทพประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

มีความประสงค์ขอรับเงินค่าสินไหมทดแทนอุบัติเหตุ และ/หรือ สุขภาพ จำนวนเงินไม่เกิน 10,000 บาท ต่อการเรียกร้องค่าสินไหม
1 ครั้ง ผ่านเคาน์เตอร์เซอร์วิสในร้าน 7-Eleven ซึ่งเป็นผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบธุรกิจเป็นผู้ให้บริการชำระเงินทางอิเล็กทรอนิกส์
โดยข้าพเจ้า ยอมรับว่า

1. เมื่อมีการรับเงินผ่านเคาน์เตอร์เซอร์วิสในร้าน 7-Eleven โดยใช้ "รหัสการรับเงิน" ที่ได้รับจากบริษัทผ่านโทรศัพท์มือถือที่ลงทะเบียนไว้
และแสดงบัตรประจำตัวประชาชน ตามที่ระบุไว้ ถือเป็นกรรับเงินที่ถูกต้องแล้ว
2. ในกรณีที่มีการทำเรื่องโอนผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ เข้าบัญชีธนาคารไว้กับบริษัทแล้ว ไม่สามารถใช้บริการรับเงิน
ผ่านเคาน์เตอร์เซอร์วิสในร้าน 7-Eleven ได้
3. หมายเลขโทรศัพท์มือถือ รหัสการรับเงิน และบัตรประชาชน เป็นข้อมูลและเอกสารสำคัญในการรับเงินค่าสินไหมทดแทน
หากปรากฏว่ามีรายการหนึ่งรายการใดไม่ถูกต้องจะไม่สามารถรับเงินผ่านเคาน์เตอร์เซอร์วิสในร้าน 7-Eleven ได้ ทั้งนี้ บริษัทจะจ่าย
ค่าสินไหมดังกล่าวตามวิธีปกติของบริษัท

หมายเหตุ การรับเงินค่าสินไหมทดแทนต้องติดต่อขอรับเงินภายใน 5 วัน นับจากวันที่ ได้รับ "รหัสการรับเงิน" หากพ้นกำหนด
ระยะเวลาดังกล่าว ข้าพเจ้าตกลงจะรับเงินค่าสินไหมทดแทนตามวิธีปกติของบริษัท

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความในแบบฟอร์มนี้โดยละเอียด และยอมรับที่จะปฏิบัติตามเงื่อนไขและวิธีการในการรับเงิน
ค่าสินไหมทดแทนดังกล่าวข้างต้น จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน และหากข้าพเจ้าประสงค์จะยกเลิกการขอรับเงินค่าสินไหมทดแทน
อุบัติเหตุและ/หรือสุขภาพผ่านเคาน์เตอร์เซอร์วิสในร้าน 7-Eleven หรือเปลี่ยนแปลงหมายเลขโทรศัพท์ จะแจ้งให้บริษัททราบ
เป็นลายลักษณ์อักษรในการใช้สิทธิเรียกร้อง ในครั้งต่อไป

ลงชื่อ.....

(.....)

(ผู้เอาประกันภัย/ผู้ปกครองและเป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัย)

วันที่.....