

## แบบฟอร์มแจ้งข้อมูลการชำระเงินเพื่อตัดชำระเบี้ยประกัน

รหัสผู้ให้บริการ.....ชื่อผู้ให้บริการ.....รหัสทีมงาน.....  
วันที่ทำการโอนเงิน ..... จำนวนเงิน.....บาท โดยชำระที่  
ธนาคาร.....สาขา.....ผ่านระบบ

<input type="checkbox"/> Bill Payment	<input type="checkbox"/> เคาน์เตอร์เซอร์วิส (7-11)
<input type="checkbox"/> เทสโก้ โลตัส ( 7 - 11 )	<input type="checkbox"/> ทรูมันนี่เอ็กซ์เพรส / ทรูพาร์ทเนอร์
<input type="checkbox"/> ATM	<input type="checkbox"/> ธนาคาร(แบบฟอร์มธนาคาร)
<input type="checkbox"/> อื่นๆ	

**ประเภทกรมธรรม์**

ภาคสมัครใจ ( เลขอ้างอิง 333333333 )

อื่นๆ ( เลขอ้างอิง 444444444 )

### ขอแจ้งการตัดชำระเบี้ยประกันดังนี้

ลำดับ	รหัสผู้ให้บริการ	หมายเลขกรมธรรม์			จำนวนเงิน
<b>รวม</b>					

ลงชื่อ .....ผู้แจ้ง  
วันที่ .....

**หมายเหตุ**

ท่านสามารถแจ้งข้อมูลนี้ได้ทาง  
E-mail Address :Paylist@mittare.com  
Fax :02-6407799 ต่อ 8219