

แบบฟอร์มแจ้งข้อมูลการชำระเงินเพื่อตัดชำระเบียประกัน

รหัสผู้ให้บริการ.....ชื่อผู้ให้บริการ.....รหัสทีมงาน.....

วันที่ทำการโอนเงิน.....จำนวนเงิน.....บาท โดยชำระที่

ธนาคาร.....สาขา.....ผ่านระบบ

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

ประเภทกรมธรรม์

กรมธรรม์ภาคสมัครใจ (ระบุเลขอ้างอิง 333333333)

กรมธรรม์อื่นๆ (ระบุเลขอ้างอิง 444444444)

กรมธรรม์ " เท็ดไต้พ่อของแผ่นดิน " (ระบุเลขอ้างอิง 666666666)

ขอแจ้งการตัดชำระเบียประกันดังนี้

ลำดับ	รหัสผู้ให้บริการ	หมายเลขกรมธรรม์	หมายเลขบัตร(กรณีPAK)	จำนวนเงิน
รวม				

ลงชื่อ.....ผู้แจ้ง

วันที่.....

***หมายเหตุ

ท่านสามารถแจ้งข้อมูลนี้ได้ทาง

E-mail Adress : Paylist@mittare.com

Fax : 0-2640-7799 ต่อ 8219