

หนังสือยินยอมชำระค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิต

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า(ผู้ถือบัตร).....มีความประสงค์ชำระเบี้ยประกันภัยของ(ผู้เอาประกันภัย).....

มีความสัมพันธ์เป็น ตนเอง บิดา-มารดา คู่สมรส บุตร พี่น้อง ปู่ย่าตายาย ผู้รับผลประโยชน์ ทั้งนี้ได้แสดงหลักฐานความสัมพันธ์ของ
ผู้ชำระเงินและของผู้เอาประกันมาพร้อมกันแล้ว เลขที่ใบคำขอ/กรมธรรม์เลขที่.....ปีที่ / งวดที่..... แบบประกันชีวิตรายสามัญ.....

แก่ บริษัท พูเด็นเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) และข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ เรียกเก็บเบี้ยประกันภัยจากบัตรเครดิตของข้าพเจ้าประเภท

บัตรเครดิต VISA บัตรเครดิต MASTER ธนาคาร.....

หมายเลขบัตรเครดิต [] [] [] [] - [] [] [] [] - [] [] [] [] - [] [] [] [] บัตรหมดอายุ [] [] / [] []

ชื่อตามบัญชีบัตร (ภาษาอังกฤษ).....จำนวนเงิน.....บาท

รายละเอียดค่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระ (โปรดเลือก)

สำหรับเงินค่าเบี้ยประกันชีวิตเฉพาะปีแรกงวดแรกเท่านั้น สำหรับเงินค่าเบี้ยประกันชีวิตปีแรกงวดแรกและงวดต่อไป เฉพาะงวดที่ครบกำหนดชำระเท่านั้น

ข้อควรทราบในการชำระผ่านบัตรเครดิต

- บริษัท รับเฉพาะบัตรเครดิตที่เป็นชื่อผู้เอาประกันหรือญาติทางตรงของผู้เอาประกันเท่านั้น
- หากมีการแก้ไขเพิ่มเติมหนังสือยินยอมชำระเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิตต้องให้เจ้าของบัตรเครดิตเซ็นกำกับด้วยทุกครั้ง
- กรณีมีการคืนค่าเบี้ยประกันภัยไม่ว่าด้วยเหตุใด ทางบริษัทฯจะคืนค่าเบี้ยประกันภัยให้กับเจ้าของบัตรเครดิตเท่านั้น และต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าธรรมเนียมต่างๆที่เกิดขึ้นจากการชำระโดยบัตรเครดิต
- ข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินจากบัญชีบัตรเครดิตเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัย เดือนละ 1 ครั้ง ทุกวันที่ 1 หรือ 16 ของเดือน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวันครบกำหนดชำระของสัญญาท่าน
- การชำระโดยบัตรเครดิตจะสมบูรณ์ต่อเมื่อบริษัทฯสามารถเรียกเก็บเงินจากสถาบันการเงินได้เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าลายมือชื่อในหนังสือฉบับนี้ เป็นลายมือชื่อของข้าพเจ้าจริง หากปรากฏว่าลายมือชื่อในหนังสือฉบับนี้ แตกต่างจากลายมือชื่อที่ให้ไว้กับธนาคาร ข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาคารหักเงินจากบัญชีบัตรเครดิตของข้าพเจ้าได้ทุกประการ โดยข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิ์ในการโต้แย้งหรือใช้สิทธิ์เรียกร้องใดๆ เอกกับธนาคารและ/หรือบริษัทฯ ทั้งสิ้น

ลงชื่อ.....(เจ้าของบัตร/ผู้ให้ความยินยอม) หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....
ลงชื่อ.....(ผู้สมัคร/ผู้เอาประกันภัย) หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....
ลงชื่อเจ้าหน้าที่/ตัวแทน.....(ผู้ตรวจสอบลายเซ็น) รหัสสาขา/ตัวแทน..... หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....



หนังสือยินยอมชำระค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิต

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า(ผู้ถือบัตร).....มีความประสงค์ชำระเบี้ยประกันภัยของ(ผู้เอาประกันภัย).....

มีความสัมพันธ์เป็น ตนเอง บิดา-มารดา คู่สมรส บุตร พี่น้อง ปู่ย่าตายาย ผู้รับผลประโยชน์ ทั้งนี้ได้แสดงหลักฐานความสัมพันธ์ของ
ผู้ชำระเงินและของผู้เอาประกันมาพร้อมกันแล้ว เลขที่ใบคำขอ/กรมธรรม์เลขที่.....ปีที่ / งวดที่..... แบบประกันชีวิตรายสามัญ.....

แก่ บริษัท พูเด็นเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) และข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ เรียกเก็บเบี้ยประกันภัยจากบัตรเครดิตของข้าพเจ้าประเภท

บัตรเครดิต VISA บัตรเครดิต MASTER ธนาคาร.....

หมายเลขบัตรเครดิต [] [] [] [] - [] [] [] [] - [] [] [] [] - [] [] [] [] บัตรหมดอายุ [] [] / [] []

ชื่อตามบัญชีบัตร (ภาษาอังกฤษ).....จำนวนเงิน.....บาท

รายละเอียดค่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระ (โปรดเลือก)

สำหรับเงินค่าเบี้ยประกันชีวิตเฉพาะปีแรกงวดแรกเท่านั้น สำหรับเงินค่าเบี้ยประกันชีวิตปีแรกงวดแรกและงวดต่อไป เฉพาะงวดที่ครบกำหนดชำระเท่านั้น

ข้อควรทราบในการชำระผ่านบัตรเครดิต

- บริษัท รับเฉพาะบัตรเครดิตที่เป็นชื่อผู้เอาประกันหรือญาติทางตรงของผู้เอาประกันเท่านั้น
- หากมีการแก้ไขเพิ่มเติมหนังสือยินยอมชำระเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิตต้องให้เจ้าของบัตรเครดิตเซ็นกำกับด้วยทุกครั้ง
- กรณีมีการคืนค่าเบี้ยประกันภัยไม่ว่าด้วยเหตุใด ทางบริษัทฯจะคืนค่าเบี้ยประกันภัยให้กับเจ้าของบัตรเครดิตเท่านั้น และต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าธรรมเนียมต่างๆที่เกิดขึ้นจากการชำระโดยบัตรเครดิต
- ข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินจากบัญชีบัตรเครดิตเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัย เดือนละ 1 ครั้ง ทุกวันที่ 1 หรือ 16 ของเดือน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวันครบกำหนดชำระของสัญญาท่าน
- การชำระโดยบัตรเครดิตจะสมบูรณ์ต่อเมื่อบริษัทฯสามารถเรียกเก็บเงินจากสถาบันการเงินได้เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าลายมือชื่อในหนังสือฉบับนี้ เป็นลายมือชื่อของข้าพเจ้าจริง หากปรากฏว่าลายมือชื่อในหนังสือฉบับนี้ แตกต่างจากลายมือชื่อที่ให้ไว้กับธนาคาร ข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาคารหักเงินจากบัญชีบัตรเครดิตของข้าพเจ้าได้ทุกประการ โดยข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิ์ในการโต้แย้งหรือใช้สิทธิ์เรียกร้องใดๆ เอกกับธนาคารและ/หรือบริษัทฯ ทั้งสิ้น

ลงชื่อ.....(เจ้าของบัตร/ผู้ให้ความยินยอม) หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....
ลงชื่อ.....(ผู้สมัคร/ผู้เอาประกันภัย) หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....
ลงชื่อเจ้าหน้าที่/ตัวแทน.....(ผู้ตรวจสอบลายเซ็น) รหัสสาขา/ตัวแทน..... หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....