



## ใบชำระเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิต

กรณีชำระด้วย mPOS/Mini EDC : โป้รตระบุTransaction ID/Receipt No. 20 หลัก	วันที่ชำระด้วย mPOS/Mini EDC
<input type="text"/>	<input type="text"/>
ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) _____ เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยของกรมธรรม์ประกันภัย ดังรายละเอียดนี้	
1. กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ (สามารถระบุได้มากกว่า 1 กรมธรรม์) _____	
2. ชื่อผู้เอาประกันภัย (สามารถระบุได้มากกว่า 1 ท่าน) _____	
3. จำนวนเงิน _____ บาท (จำนวนเงินเป็นตัวอักษร _____)	
มีความประสงค์ใช้บัตรเครดิตในการชำระเบี้ยประกันภัย	
<input type="radio"/> งวดแรกเท่านั้น <input type="radio"/> งวดแรกและงวดถัดไปแบบอัตโนมัติ <input type="radio"/> งวดปีต่ออายุ <input type="radio"/> งวดปีต่ออายุและงวดถัดไปแบบอัตโนมัติ	
<input type="radio"/> วันที่ต้องการให้ดำเนินการ _____ / _____ / _____ (วันทำการ จ. - ศ. เวลา 08.30 - 17.30 น.)	
ประเภทบัตร <input type="radio"/> VISA <input type="radio"/> MasterCard <input type="radio"/> JCB	
ระบุสถาบันผู้ออกบัตรเครดิต _____ เดือน / ปี (ค.ศ.) ที่บัตรหมดอายุ _____ / _____	
เลขที่บัตรเครดิต <input type="text"/>	
ที่อยู่ตามบัญชีบัตรเครดิต _____	
โทรศัพท์ _____ อีเมล _____ มีความสัมพันธ์เป็น _____ ของผู้เอาประกันภัยตามรายชื่อด้านบน	
ข้าพเจ้ายอมรับว่าสถาบันผู้ออกบัตรเครดิตจะหักจำนวนเงินตามที่ปรากฏในใบแจ้งหนี้ที่สถาบันผู้ออกบัตรเครดิตได้รับจากบริษัทฯ และยินยอมตามเงื่อนไขข้อนี้	
(1) บรรดาเอกสารต่างๆ ที่สถาบันผู้ออกบัตรเครดิต และ/หรือ บริษัทฯ ได้จัดทำขึ้นอันเกี่ยวกับการยินยอมให้สถาบันผู้ออกบัตรเครดิตเรียกเก็บจากบัตรเครดิตนั้น	
มีความถูกต้องทุกประการ	
(2) การชำระเบี้ยประกันภัยจะถือว่าชำระเรียบร้อย และกรมธรรม์มีผลบังคับก็ต่อเมื่อสถาบันผู้ออกบัตรเครดิตสามารถหักเงินจากวงเงินของบัญชีบัตรเครดิตข้างต้นได้	
(3) หากสถาบันผู้ออกบัตรเครดิตไม่สามารถหักเงินจากบัญชีบัตรเครดิตได้ด้วยสาเหตุใดก็ตาม ถือว่ายังไม่ได้ชำระเบี้ยประกันภัยใดๆ จากข้าพเจ้า ในกรณีดังกล่าว บริษัทฯ จะติดต่อข้าพเจ้าเพื่อแจ้งให้ทราบต่อไป	
(4) กรณีการชำระเบี้ยประกันภัยงวดแรก ข้าพเจ้ายอมรับว่า แม้บริษัท/ธนาคารเจ้าของบัตรเครดิตหักเงินจากบัญชีบัตรเครดิตของข้าพเจ้าได้แล้ว การพิจารณารับประกันภัยและ/หรือ วันเริ่มความคุ้มครองจะเป็นไปตามระเบียบและวิธีปฏิบัติของบริษัท	
(5) หากมีความเสียหาย หรือความผิดพลาดใดๆ เกิดขึ้นแก่สถาบันผู้ออกบัตรเครดิต หรือบริษัทฯ เนื่องมาจากการกระทำใดๆ ของข้าพเจ้า ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายแก่สถาบันผู้ออกบัตรเครดิต หรือบริษัทฯ ตามความเสียหายที่เกิดขึ้นจริงทุกประการ	
(6) กรณีที่ค่าเบี้ยประกันภัยมีการเปลี่ยนแปลงไม่ว่าโดยสาเหตุใดก็ตาม ข้าพเจ้ายินยอมให้บัตรเครดิตในการชำระเบี้ยประกันภัยที่เปลี่ยนแปลงนั้นๆ ทุกประการ	
ข้าพเจ้าตกลงและยินยอมให้บริษัทฯ และสถาบันผู้ออกบัตรเครดิตตามที่ระบุไว้ในหนังสือฉบับนี้ เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลต้องห้าม หรือข้อมูลอื่นๆ ของข้าพเจ้า เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติตามสัญญาประกันภัย การหักค่าเบี้ยประกันภัยจากบัตรเครดิตอัตโนมัติ และเพื่อประโยชน์อื่นๆ ตามที่เห็นสมควรทั้งในประเทศและต่างประเทศตลอดไป ทั้งนี้ ข้าพเจ้าตกลงสละสิทธิ์ยก/แก้ไข/ลบล้างความยินยอมดังกล่าวจนกว่าความคุ้มครองตามสัญญาประกันภัยของข้าพเจ้า หรืออายุความในการฟ้องร้องคดีสิ้นสุด แล้วแต่ระยะเวลาใดสั้นสุดภายหลัง	
ลงชื่อ _____ ผู้เอาประกันภัย	ลงชื่อ _____ เจ้าของบัตรเครดิต
( _____ )	( _____ )
โปรดเซ็นชื่อให้เหมือนกับลายเซ็นในใบคำขอเอาประกัน	ลายเซ็นตามบัตรเครดิต

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับทราบเงื่อนไขของบริษัทฯ ว่าหากบริษัทฯ ต้องคืนเบี้ยประกันภัยดังกล่าวไม่ว่าจะทั้งจำนวนหรือบางส่วน ด้วยเหตุผลใดๆ บริษัทฯ จะคืนให้แก่เจ้าของบัตรเครดิต ผ่านบัญชีบัตรเครดิตที่ระบุข้างต้นเท่านั้น และหากมีการเปลี่ยนแปลงเลขที่บัตรเครดิต หรือ ยกเลิกความยินยอมตามหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าจะแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรแก่บริษัทฯ ล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วัน

หมายเหตุ 1. เจ้าของบัตรเครดิตสามารถชำระเบี้ยประกันภัยของตนเอง บิดา มารดา คู่สมรส บุตร พี่-น้องนามสกุลเดียวกัน และปู่ ย่า ตา ยาย (ถือตามสายโลหิตที่แท้จริง) ของผู้เอาประกันภัยเท่านั้น

2. สำหรับเบี้ยประกันภัยงวดถัดไป บริษัทฯ จะหักในวันครบกำหนดชำระฯ หากตรงกับวันหยุดจะดำเนินการวันทำการถัดไป กรณีไม่สามารถหักเบี้ยประกันได้ บริษัทฯ จะดำเนินการหักอัตโนมัติต่อทุกวันจนสามารถหักเบี้ยประกันภัยจากวงเงินบัตรเครดิตได้ หรือจนกว่าสถานะกรมธรรม์จะเปลี่ยน

ชื่อ-สกุล ตัวแทน \_\_\_\_\_ รหัสตัวแทน \_\_\_\_\_ เลขที่ใบอนุญาต \_\_\_\_\_