บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามา 9 ชั้น 1, 22-27
ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
โทร. 0 2044 4000 โทรสาร 0 2044 4032 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159
ทะเบียนเลขที่ 0107555000376 www.krungthai-axa.co.th

หนังสือยินยอมหักค่าเบี้ยประกัน อัตโนมัติผ่านบัญชีเงินฝาก

ท่านจะรู้ผลหักค่าเบี้ย ฯ ผ่านบัญชีอัตโนมัติ และรับข่าวสารจากบริษัท ฯ เพียงระบุหมายเลขโทรศัพท์มือถือ และอีเมลของท่านลงในแบบฟอร์มนี้

วันที่ ____ เดือน ____ ปี ____

เรียน บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว) ____ บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ ____
โทรศัพท์บ้าน ____ ที่ทำงาน ____ มือถือ ____ อีเมล ____
เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยของกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งออกโดย บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัทฯ”) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้
กรมธรรม์เลขที่ ____ – ____ (ระบุเพียง 1 กรมธรรม์เท่านั้น)
ชื่อผู้เอาประกันภัย ____ เกี่ยวข้องเป็น ____
ข้าพเจ้าประสงค์ให้ธนาคารหักบัญชีเงินฝากทุกงวด ตามกรมธรรม์ข้างต้น โดยยินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้

สำหรับชำระค่าเบี้ยประกันภัย อัตโนมัติ ผ่านหักบัญชีธนาคารเงินฝาก

หักบัญชีเงินฝากประเภท ☐ ออมทรัพย์ ☐ กระแสรายวัน ธนาคาร ____ สาขา ____
ชื่อบัญชี ____ เลขที่บัญชี ____

ข้าพเจ้ายอมรับว่า

(ก) ธนาคารจะหักเงินเบี้ยประกันรายงวดเต็มจำนวนก็ต่อเมื่อเงินในบัญชีมีเพียงพอในขณะนั้นเท่านั้น

(ข) หากไม่สามารถหักเงินตามข้อ (ก) ได้ไม่ว่าสาเหตุใดก็ตาม ให้ถือว่ายังไม่มีการชำระเบี้ยประกันภัย

(ค) หากมีความเสียหาย หรือ ความผิดพลาดใด ๆ เกิดขึ้นแก่ธนาคาร หรือบริษัท ฯ เนื่องมาจากการกระทำใด ๆ ของข้าพเจ้า ข้าพเจ้ายินยอมรับชดใช้ค่าเสียหายแก่ธนาคาร หรือบริษัท ฯ ตามความเสียหายที่เกิดขึ้นจริงทุกประการ

(ง) หากจำนวนเงินที่บริษัท ฯ แจ้งแก่ธนาคารไม่ถูกต้อง แต่ธนาคารได้ทำการหักเงินจากบัญชีดังกล่าวตามจำนวนเงินที่บริษัท ฯ แจ้ง ข้าพเจ้าตกลงที่จะเรียกร้องเงินจำนวนดังกล่าวจากบริษัท ฯ โดยตรงและขอสละสิทธิ์ในการเรียกร้องหรือฟ้องร้องให้ธนาคารชดใช้เงินจำนวนนั้น

(จ) ธนาคารไม่มีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของจำนวนเงินที่ได้รับแจ้งจากบริษัท ฯ

(ฉ) ข้าพเจ้าไม่ประสงค์ให้ธนาคารแจ้งการหักบัญชีแต่อย่างใดเนื่องจากรายการดังกล่าวปรากฏอยู่ในสมุดคู่ฝาก/Statement ของธนาคารหรือเอกสารการรับเบี้ยประกันภัยของบริษัท ฯ

(ช) ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ฯ เรียกเก็บเงินด้วยวิธีหักบัญชีเงินฝากธนาคารตามรอบการชำระของกรมธรรม์ของข้าพเจ้าข้างต้น และกรณีหักบัญชีไม่ผ่านเนื่องจากจำนวนเงินไม่พอชำระ บริษัท ฯ จะทำการส่งข้อมูลให้ธนาคารทำการเรียกเก็บเบี้ยประกันอีกครั้งภายใน 4 วันทำการ

(ซ) ข้าพเจ้ายอมรับและยืนยันว่าข้าพเจ้าเป็นเจ้าของบัญชีธนาคารที่ประสงค์ให้หักชำระค่าเบี้ยฯ หรือเป็นผู้ชำระแทนในกรณีผู้เยาว์ หรือมีความสัมพันธ์โดยชอบตามทางกฎหมายเป็น บิดา-มารดา สามี-ภรรยา หรือบุตรของ ผู้เอาประกัน ทั้งนี้ ข้าพเจ้าจะไม่ปฏิเสธการทำรายการที่เกิดขึ้นในทุกกรณีกับธนาคารหรือบริษัท ฯ และหากพบข้อผิดพลาดหรือต้องการขอเงินคืน ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ติดต่อไปยัง บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) โดยตรง

หากบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ หรือบัญชีกระแสรายวัน หรือค่าเบี้ยประกันภัย ได้เปลี่ยนแปลงไม่ว่าโดยสาเหตุใดก็ตามหนังสือแจ้งความประสงค์ฉบับนี้ ยังคงมีผลบังคับใช้กับบัญชีใหม่ หรือ ค่าเบี้ยประกันภัยที่ได้เปลี่ยนแปลงนั้นๆทุกประการ ทั้งนี้ข้าพเจ้าตกลงสละสิทธิ์ยกเลิก /แก้ไข / ลบล้างความยินยอมดังกล่าวจนกว่าความคุ้มครองตามสัญญาประกันภัยของข้าพเจ้า หรืออายุความในการฟ้องคดีสิ้นสุดลง แล้วแต่ระยะเวลาใดสิ้นสุดภายหลัง ทั้งนี้ หากมีการเปลี่ยนแปลงเลขที่บัญชีธนาคาร หรือยกเลิกความยินยอมตามหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้าจะแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรแก่บริษัท ฯ ล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วัน และให้ถือความยินยอมตามหนังสือฉบับล่าสุดของข้าพเจ้ามีผลบังคับใช้และยกเลิก ความยินยอมเดิมโดยอัตโนมัติ

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ฯ จัดเก็บ รวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลหมายเลขบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าให้แก่ธนาคารเจ้าของบัญชี เพื่อวัตถุประสงค์ในการหักชำระค่าเบี้ยประกันภัยของข้าพเจ้าเพื่อชำระให้แก่บริษัท ฯ ภายใต้เงื่อนไขของกรมธรรม์

โปรดกรอกเอกสารให้ครบถ้วนและแนบสำเนาบัญชีธนาคาร ฯ และสำเนาบัตรประชาชน ของท่านพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทุกครั้ง
“รับชำระเบี้ย แทนได้เฉพาะ บิดา-มารดา-บุตร/ สามี-ภรรยา”

ลงชื่อ ____ เจ้าของกรมธรรม์ /ผู้เอาประกันภัย
(____)
(โปรดเซ็นชื่อให้เหมือนกับลายเซ็นในกรมธรรม์)

ลงชื่อ ____ เจ้าของบัญชี ผู้ให้ความยินยอม
(____)
(ลายเซ็นตามตัวอย่างที่ให้กับธนาคาร)

ลงชื่อ ____ พยาน/ตัวแทน/ นายหน้าประกันชีวิต
(____)

ลงชื่อ ____ สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร ผู้มีอำนาจลงนาม
ธนาคาร ____ สาขา ____

บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามา 9 ชั้น 1, 22-27
ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
โทร. 0 2044 4000 โทรสาร 0 2044 4032 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159
ทะเบียนเลขที่ 0107555000376 www.krungthai-axa.co.th

หนังสือยินยอมหักค่าเบี้ยประกัน อัตโนมัติผ่านบัญชีเงินฝาก

ท่านจะรู้ผลหักค่าเบี้ย ฯ ผ่านบัญชีอัตโนมัติ และรับข่าวสารจากบริษัท ฯ เพียงระบุหมายเลขโทรศัพท์มือถือ และอีเมลของท่านลงในแบบฟอร์มนี้

วันที่ ____ เดือน ____ ปี ____

เรียน บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว) ____ บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ ____
โทรศัพท์บ้าน ____ ที่ทำงาน ____ มือถือ ____ อีเมล ____
เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยของกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งออกโดย บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัทฯ”) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้
กรมธรรม์เลขที่ ____ – ____ (ระบุเพียง 1 กรมธรรม์เท่านั้น)
ชื่อผู้เอาประกันภัย ____ เกี่ยวข้องเป็น ____
ข้าพเจ้าประสงค์ให้ธนาคารหักบัญชีเงินฝากทุกงวด ตามกรมธรรม์ข้างต้น โดยยินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้

สำหรับชำระค่าเบี้ยประกันภัย อัตโนมัติ ผ่านหักบัญชีธนาคารเงินฝาก

หักบัญชีเงินฝากประเภท ☐ ออมทรัพย์ ☐ กระแสรายวัน ธนาคาร ____ สาขา ____
ชื่อบัญชี ____ เลขที่บัญชี ____

ข้าพเจ้ายอมรับว่า

(ก) ธนาคารจะหักเงินเบี้ยประกันรายงวดเต็มจำนวนก็ต่อเมื่อเงินในบัญชีมีเพียงพอในขณะนั้นเท่านั้น

(ข) หากไม่สามารถหักเงินตามข้อ (ก) ได้ไม่ว่าสาเหตุใดก็ตาม ให้ถือว่ายังไม่มีการชำระเบี้ยประกันภัย

(ค) หากมีความเสียหาย หรือ ความผิดพลาดใด ๆ เกิดขึ้นแก่ธนาคาร หรือบริษัท ฯ เนื่องมาจากการกระทำใด ๆ ของข้าพเจ้า ข้าพเจ้ายินยอมรับชดใช้ค่าเสียหายแก่ธนาคาร หรือบริษัท ฯ ตามความเสียหายที่เกิดขึ้นจริงทุกประการ

(ง) หากจำนวนเงินที่บริษัท ฯ แจ้งแก่ธนาคารไม่ถูกต้อง แต่ธนาคารได้ทำการหักเงินจากบัญชีดังกล่าวตามจำนวนเงินที่บริษัท ฯ แจ้ง ข้าพเจ้าตกลงที่จะเรียกร้องเงินจำนวนดังกล่าวจากบริษัท ฯ โดยตรงและขอสละสิทธิ์ในการเรียกร้องหรือฟ้องร้องให้ธนาคารชดใช้เงินจำนวนนั้น

(จ) ธนาคารไม่มีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของจำนวนเงินที่ได้รับแจ้งจากบริษัท ฯ

(ฉ) ข้าพเจ้าไม่ประสงค์ให้ธนาคารแจ้งการหักบัญชีแต่อย่างใดเนื่องจากรายการดังกล่าวปรากฏอยู่ในสมุดคู่ฝาก/Statement ของธนาคารหรือเอกสารการรับเบี้ยประกันภัยของบริษัท ฯ

(ช) ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ฯ เรียกเก็บเงินด้วยวิธีหักบัญชีเงินฝากธนาคารตามรอบการชำระของกรมธรรม์ของข้าพเจ้าข้างต้น และกรณีหักบัญชีไม่ผ่านเนื่องจากจำนวนเงินไม่พอชำระ บริษัท ฯ จะทำการส่งข้อมูลให้ธนาคารทำการเรียกเก็บเบี้ยประกันอีกครั้งภายใน 4 วันทำการ

(ซ) ข้าพเจ้ายอมรับและยืนยันว่าข้าพเจ้าเป็นเจ้าของบัญชีธนาคารที่ประสงค์ให้หักชำระค่าเบี้ยฯ หรือเป็นผู้ชำระแทนในกรณีผู้เยาว์ หรือมีความสัมพันธ์โดยชอบตามทางกฎหมายเป็น บิดา-มารดา สามี-ภรรยา หรือบุตรของ ผู้เอาประกัน ทั้งนี้ ข้าพเจ้าจะไม่ปฏิเสธการทำรายการที่เกิดขึ้นในทุกกรณีกับธนาคารหรือบริษัท ฯ และหากพบข้อผิดพลาดหรือต้องการขอเงินคืน ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ติดต่อไปยัง บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) โดยตรง

หากบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ หรือบัญชีกระแสรายวัน หรือค่าเบี้ยประกันภัย ได้เปลี่ยนแปลงไม่ว่าโดยสาเหตุใดก็ตามหนังสือแจ้งความประสงค์ฉบับนี้ ยังคงมีผลบังคับใช้กับบัญชีใหม่ หรือ ค่าเบี้ยประกันภัยที่ได้เปลี่ยนแปลงนั้นๆทุกประการ ทั้งนี้ข้าพเจ้าตกลงสละสิทธิ์ยกเลิก /แก้ไข / ลบล้างความยินยอมดังกล่าวจนกว่าความคุ้มครองตามสัญญาประกันภัยของข้าพเจ้า หรืออายุความในการฟ้องคดีสิ้นสุดลง แล้วแต่ระยะเวลาใดสิ้นสุดภายหลัง ทั้งนี้ หากมีการเปลี่ยนแปลงเลขที่บัญชีธนาคาร หรือยกเลิกความยินยอมตามหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้าจะแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรแก่บริษัท ฯ ล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วัน และให้ถือความยินยอมตามหนังสือฉบับล่าสุดของข้าพเจ้ามีผลบังคับใช้และยกเลิก ความยินยอมเดิมโดยอัตโนมัติ

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ฯ จัดเก็บ รวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลหมายเลขบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าให้แก่ธนาคารเจ้าของบัญชี เพื่อวัตถุประสงค์ในการหักชำระค่าเบี้ยประกันภัยของข้าพเจ้าเพื่อชำระให้แก่บริษัท ฯ ภายใต้เงื่อนไขของกรมธรรม์

โปรดกรอกเอกสารให้ครบถ้วนและแนบสำเนาบัญชีธนาคาร ฯ และสำเนาบัตรประชาชน ของท่านพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทุกครั้ง
“รับชำระเบี้ย แทนได้เฉพาะ บิดา-มารดา-บุตร/ สามี-ภรรยา”

ลงชื่อ ____ เจ้าของกรมธรรม์ /ผู้เอาประกันภัย
(____)
(โปรดเซ็นชื่อให้เหมือนกับลายเซ็นในกรมธรรม์)

ลงชื่อ ____ เจ้าของบัญชี ผู้ให้ความยินยอม
(____)
(ลายเซ็นตามตัวอย่างที่ให้กับธนาคาร)

ลงชื่อ ____ พยาน/ตัวแทน/ นายหน้าประกันชีวิต
(____)

ลงชื่อ ____ สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร ผู้มีอำนาจลงนาม
ธนาคาร ____ สาขา ____