บริษัท ซัมซุง ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
SAMSUNG LIFE INSURANCE (THAILAND) PUBLIC COMPANY LIMITED
ทะเบียนเลขที่/เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107556000124

ใบชำระเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิต

กรณีชำระด้วย mPOS/Mini EDC : โปรดระบุTransaction ID/Receipt No. 20 หลัก	วันที่ชำระด้วย mPOS/Mini EDC

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)_____เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยของกรมธรรม์ประกันภัย ดังรายละเอียดนี้

1. กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ (สามารถระบุได้มากกว่า 1 กรมธรรม์)_____
2. ชื่อผู้เอาประกันภัย (สามารถระบุได้มากกว่า 1 ท่าน)_____
3. จำนวนเงิน_____บาท (จำนวนเงินเป็นตัวอักษร_____)

มีความประสงค์ใช้บัตรเครดิตในการชำระเบี้ยประกันภัย

◯ งวดแรกเท่านั้น ◯ งวดแรกและงวดถัดไปแบบอัตโนมัติ ◯ งวดปีต่ออายุ ◯ งวดปีต่ออายุและงวดถัดไปแบบอัตโนมัติ

◯ วันที่ต้องการให้ดำเนินการ_____/_____/_____ (วันทำการ จ. – ศ. เวลา 08.30 – 17.30 น.)

ประเภทบัตร ◯ VISA ◯ MasterCard ◯ JCB

ระบุสถาบันผู้ออกบัตรเครดิต_____ เดือน / ปี (ค.ศ.) ที่บัตรหมดอายุ _____/_____

เลขที่บัตรเครดิต ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

ที่อยู่ตามบัญชีบัตรเครดิต_____

โทรศัพท์_____อีเมล์_____มีความสัมพันธ์เป็น_____ของผู้เอาประกันภัยตามรายชื่อด้านบน

ข้าพเจ้ายอมรับว่าสถาบันผู้ออกบัตรเครดิตจะหักจำนวนเงินตามที่ปรากฏในใบแจ้งหนี้ที่สถาบันผู้ออกบัตรเครดิตได้รับจากบริษัทฯ และยินยอมตามเงื่อนไขดังนี้

(1) บรรดาเอกสารต่างๆ ที่สถาบันผู้ออกบัตรเครดิต และ/หรือ บริษัทฯ ได้จัดทำขึ้นอันเกี่ยวกับการยินยอมให้สถาบันผู้ออกบัตรเครดิตเรียกเก็บจากบัตรเครดิตนั้นมีความถูกต้องทุกประการ

(2) การชำระเบี้ยประกันภัยจะถือว่าชำระเรียบร้อย และกรมธรรม์มีผลบังคับก็ต่อเมื่อสถาบันผู้ออกบัตรเครดิตสามารถหักเงินจากวงเงินของบัญชีบัตรเครดิตข้างต้นได้

(3) หากสถาบันผู้ออกบัตรเครดิตไม่สามารถหักเงินจากบัญชีบัตรเครดิตได้ด้วยสาเหตุใดก็ตาม ถือว่ายังไม่ได้ชำระเบี้ยประกันภัยใดๆ จากข้าพเจ้า ในกรณีดังกล่าวบริษัทฯ จะติดต่อข้าพเจ้าเพื่อแจ้งให้ทราบต่อไป

(4) กรณีการชำระเบี้ยประกันภัยงวดแรก ข้าพเจ้ายอมรับว่า แม้บริษัท/ธนาคารเจ้าของบัตรเครดิตหักเงินจากบัญชีบัตรเครดิตของข้าพเจ้าได้แล้ว การพิจารณารับประกันภัยและ/หรือ วันเริ่มความคุ้มครองจะเป็นไปตามระเบียบและวิธีปฏิบัติของบริษัท

(5) หากมีความเสียหาย หรือความผิดพลาดใดๆเกิดขึ้นแก่สถาบันผู้ออกบัตรเครดิต หรือบริษัทฯ เนื่องมาจากการกระทำใดๆของข้าพเจ้า ข้าพเจ้ายินยอมรับชดใช้ค่าเสียหายแก่สถาบันผู้ออกบัตรเครดิต หรือบริษัทฯ ตามความเสียหายที่เกิดขึ้นจริงทุกประการ

(6) กรณีที่ค่าเบี้ยประกันภัยมีการเปลี่ยนแปลงไม่ว่าโดยสาเหตุใดก็ตาม ข้าพเจ้ายินยอมให้หักบัตรเครดิตในการชำระเบี้ยประกันภัยที่เปลี่ยนแปลงนั้นๆทุกประการ

ข้าพเจ้าตกลงและยินยอมให้บริษัทฯ และสถาบันผู้ออกบัตรเครดิตตามที่ระบุไว้ในหนังสือฉบับนี้ เก็บ รวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลต้องห้าม หรือข้อมูลอื่นๆของข้าพเจ้า เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติตามสัญญาประกันภัย การหักค่าเบี้ยประกันภัยจากบัตรเครดิตอัตโนมัติ และเพื่อประโยชน์อื่นๆ ตามที่เห็นสมควรทั้งในประเทศและต่างประเทศตลอดไป ทั้งนี้ ข้าพเจ้าตกลงสละสิทธิ์ยกเลิก/แก้ไข/ลบล้างความยินยอมดังกล่าวจนกว่าความคุ้มครองตามสัญญาประกันภัยของข้าพเจ้าหรืออายุความในการฟ้องร้องคดีสิ้นสุด แล้วแต่ระยะเวลาใดสิ้นสุดภายหลัง

ลงชื่อ_____ผู้เอาประกันภัย
(_____)
โปรดเซ็นชื่อให้เหมือนกับลายเซ็นในใบคำขอเอาประกัน

ลงชื่อ_____เจ้าของบัตรเครดิต
(_____)
ลายเซ็นตามบัตรเครดิต

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับทราบเงื่อนไขของบริษัทฯ ว่าหากบริษัทฯต้องคืนเบี้ยประกันภัยดังกล่าวไม่ว่าจะทั้งจำนวนหรือบางส่วน ด้วยเหตุผลใดๆ บริษัทฯ จะคืนให้แก่เจ้าของบัตรเครดิต ผ่านบัญชีบัตรเครดิตที่ระบุข้างต้นเท่านั้น และหากมีการเปลี่ยนแปลงเลขที่บัตรเครดิต หรือ ยกเลิกความยินยอมตามหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าจะแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรแก่บริษัท 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 จะดำเนินการหักอัตโนมัติต่อไปทุกวันจนสามารถหักเบี้ยประกันภัยจากวงเงินบัตรเครดิตได้ หรือจนกว่าสถานะกรมธรรม์จะเปลี่ยน

ชื่อ-สกุล ตัวแทน_____รหัสตัวแทน_____เลขที่ใบอนุญาต_____

Insurance is love People Love

2922/222-227 ชั้น 15 อาคารชาญอิสสระทาวเวอร์ 2
ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
โทร. 0-2308-2245 โทรสาร 0-2308-2269 www.samsunglife.co.th

Samsung Life Insurance