

หนังสือยินยอมชำระเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิตอัตโนมัติ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ผู้ถือบัตรเครดิต

วันหมดอายุ /

หมายเลขบัตรเครดิต - - -

หมายเลขบัตรประชาชน วัน/เดือน/ปี(เกิด)...../...../..... โทรศัพท์

หนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้ธนาคารหักเงินจากบัตรเครดิตดังกล่าวให้แก่ บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) เพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัยและ/หรือบรรดาภาระผูกพันต่างๆที่ผู้เอาประกันภัยต้องชำระให้บริษัท ตามที่ธนาคารได้รับแจ้งจากบริษัท ในการหักเงินดังกล่าวจากบัตรเครดิตของข้าพเจ้าเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัย และ/หรือบรรดาภาระผูกพันต่างๆ ที่ผู้เอาประกันภัยต้องชำระให้บริษัท ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้ (กรณีที่เจ้าของบัตรเครดิตเป็นบุคคลเดียวกับผู้เอาประกันภัย กรอกเลขกรมธรรม์เท่านั้น)

1. กรมธรรม์เลขที่..... ชื่อผู้เอาประกัน..... ความสัมพันธ์.....
2. กรมธรรม์เลขที่..... ชื่อผู้เอาประกัน..... ความสัมพันธ์.....
3. กรมธรรม์เลขที่..... ชื่อผู้เอาประกัน..... ความสัมพันธ์.....
4. กรมธรรม์เลขที่..... ชื่อผู้เอาประกัน..... ความสัมพันธ์.....
5. กรมธรรม์เลขที่..... ชื่อผู้เอาประกัน..... ความสัมพันธ์.....
6. กรมธรรม์เลขที่..... ชื่อผู้เอาประกัน..... ความสัมพันธ์.....
7. กรมธรรม์เลขที่..... ชื่อผู้เอาประกัน..... ความสัมพันธ์.....
8. กรมธรรม์เลขที่..... ชื่อผู้เอาประกัน..... ความสัมพันธ์.....
9. กรมธรรม์เลขที่..... ชื่อผู้เอาประกัน..... ความสัมพันธ์.....
10. กรมธรรม์เลขที่..... ชื่อผู้เอาประกัน..... ความสัมพันธ์.....

หากปรากฏในภายหลังว่าข้อมูลการหักเงินที่บริษัทแจ้งแก่ธนาคารนั้นไม่ถูกต้อง และธนาคารได้ทำการหักเงินจากบัตรเครดิตของข้าพเจ้า ตามข้อมูลที่ธนาคารได้รับจากบริษัท ข้าพเจ้าตกลงที่จะดำเนินการเรียกร้องเงินจำนวนดังกล่าวจากบริษัทโดยตรง โดยข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิ์ในการเรียกร้อง หรือฟ้องร้องให้ธนาคารชดใช้เงินที่ธนาคารได้หักจากบัตรเครดิตของข้าพเจ้า และข้าพเจ้ายอมรับว่าธนาคารจะหักเงินจากบัตรเครดิตของข้าพเจ้าต่อเมื่อมีเงินในบัตรเครดิตเพียงพอให้หักได้เต็มจำนวนเท่านั้น

ความยินยอมในการหักบัตรเครดิตดังกล่าวข้างต้นให้มีผลบังคับใช้ทันทีนับแต่วันที่ทำหนังสือนี้ และให้มีผลบังคับต่อไปจนกว่าจะได้เพิกถอน โดยการทำหนังสือเป็นลายลักษณ์อักษรแจ้งให้บริษัททราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 10 วัน ก่อนวันที่จะให้สิ้นผลบังคับ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ เจ้าของบัตร
(.....)
ถือบัตรตามที่ได้ไว้กับธนาคารและ/หรือบริษัทผู้ออกบัตร

ลงชื่อ.....พยาน
(.....(ลายมือชื่อผู้

หมายเหตุ : * กรุณากรอกแบบฟอร์มให้ครบถ้วน โดยผู้เอาประกันภัยและเจ้าของบัตรเครดิตจะต้องเป็นบุคคลเดียวกัน หรือบุคคลในครอบครัวเท่านั้น
** แบบฟอร์มชำระเบี้ยประกันภัยนี้ไม่สามารถใช้ขอหักบัตรเครดิตเพื่อชำระเบี้ยประกันภัยสำหรับแบบประกันเลือกได้ ออมตามใจ 10/3 (BE32 หรือแบบสะสมทรัพย์ พิเศษ 10/3), แบบออมคูปค่า 12/4 (BE35 หรือ แบบสะสมทรัพย์ 12/4), สะสมทรัพย์ 10/2(1) หรือ BE118, สะสมทรัพย์ 10/2(15) หรือ BE132 และ PA08(PA Debit Card)