



บริษัท ประกันคุ้มภัย จำกัด (มหาชน) SAFETY INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

26/5-6,26/7-8,26/10-11,26/18-19 และ 26/54-55 อาคารอรกานต์ ถนนชิดลม แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

26/5-6,26/7-8,26/10-11,26/18-19 and 26/54-55 Orakarn Building, Chidlom Road, Lumpini, Pathumwan. Bangkok 10330

Tel. 0-2254-8490 (20 LINES), 0-2254-6860-6 (CLAIMS DEPT.) 0-2252-4409 FAX. 0-2253-3701,0-22534-222,

หนังสือให้ความยินยอมตัดบัญชีผ่านบัตรเครดิต

วันที่

ข้าพเจ้ายินยอมให้เรียกเก็บเงินค่าเบี้ยประกันภัย

ตามกรมธรรม์เลขที่

ชื่อผู้เอาประกันภัย

จำนวน บาท (.) โดยหักเงินจาก

บัตรเครดิตภายในประเทศ ธ.กสิกรไทย บัตรเครดิตวีซ่า บัตรเครดิตมาสเตอร์ ธนาคาร.....

หมายเลขบัตร

บัตรหมดอายุ.....

ชื่อเจ้าของบัตร.....

ที่อยู่ตามบัญชีบัตร.....

โทรศัพท์ที่บ้าน..... ที่ทำงาน.....

ลายมือชื่อ (ตามบัตร).....

หมายเหตุ : บริษัท ฯ จะส่งใบเสร็จรับเงิน / ใบกำกับภาษี ให้แก่เอาประกันภัย เมื่อได้รับการยืนยันจากธนาคารว่าเรียกเก็บเงินได้แล้ว

กรุณาชำระภายใน 1 เดือน นับจากวันคุ้มครองตามกรมธรรม์ ถ้าเกินกำหนดจะต้องเสียค่าธรรมเนียมในการใช้บัตรเครดิตเป็นจำนวน 3 %
จากยอดใช้บัตรเครดิต

ATTN :

TEL :

FAX :

FROM :

TEL :

FAX :