

From:	ชื่อ	Tel:		Fax:	
To:	ชื่อพนักงาน	Tel:	02-667-4227	Fax:	02-667-4227 ต่อ 25
บริษัท	ANC BROKER	Date:		Ext.	

**แบบฟอร์มการชำระค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิต (VISA MASTER)**

Reference No. ....

ข้าพเจ้าชื่อ นาย/น.ส./นาง ..... นามสกุล ..... (เจ้าของบัตร)

ที่อยู่ปัจจุบัน .....

โทรศัพท์ ..... โทรสาร .....

ประสงค์ขอสมัครทำประกันภัยกับบริษัทประกัน

<input type="radio"/> กรุงเทพประกันภัย	<input type="radio"/> กมลประกันภัย	<input type="radio"/> คูนีย์ประกันภัย	<input type="radio"/> เอเชียประกันภัย
<input type="radio"/> เจ้าพระยาประกันภัย	<input type="radio"/> เทเวศประกันภัย	<input type="radio"/> ประกันคุ้มภัย	<input type="radio"/> แอซ่าประกันภัย
<input type="radio"/> วิริยะประกันภัย	<input type="radio"/> ลินมันคงประกันภัย	<input type="radio"/> ศรีเมืองประกันภัย	<input type="radio"/> เมืองไทยประกันภัย
<input type="radio"/> อลันซี ซี.พี.ประกันภัย	<input type="radio"/> เอ็มเอสไอประกันภัย	<input type="radio"/> แอลเอ็มจีประกันภัย	<input type="radio"/> อาคเนย์ประกันภัย

ทะเบียนรถ ..... เลขรับแจ้ง หรือ เลขกรมธรรม์ .....

และประสงค์ขอชำระเงินผ่านบัตรเครดิต ธนาคาร ..... ประเภท  VISA  MASTER

จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระรวมทั้งสิ้น ..... บาท  CTB PAYLITE

โดยแบ่งชำระ ..... งวด ๆ ละ ..... บาท ชำระทุกวันที่ .....

ข้าพเจ้าตกลงที่จะชำระค่าเบี้ยประกันภัย ดังกล่าวข้างต้นจากบัญชีบัตรเครดิตของข้าพเจ้า ดังนี้

หมายเลขบัตรเครดิต ..... วันบัตรหมดอายุ (เดือน/ปี)

□□□□	-	□□□□□□	-	□□□□□□	-	□□□□□□	-	□□□□
------	---	--------	---	--------	---	--------	---	------

ข้าพเจ้ารับทราบข้าพเจ้าตกลงยินยอมและผูกพันปฏิบัติตามข้อกำหนดและเงื่อนไขหลักของแผนการชำระผ่านบัตรเครดิตและ/หรือข้อกำหนดและเงื่อนไขใดๆเพิ่มเติมที่ธนาคารแจ้งให้ทราบเป็นครั้งคราวอีกส่วนหนึ่งด้วยข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อกำหนดและเงื่อนไขต่างๆที่ระบุตามสัญญา และ/หรือที่ระบุไว้ในข้อกำหนดและเงื่อนไขเพิ่มเติมอื่นพร้อมกันนี้ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่ปรากฏข้างต้นและข้อความที่ปรากฏในเอกสารต่างๆเป็นความจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลายมือชื่อผู้ถือบัตร (ลายเซ็นให้ตรงกับบัตร) .....

วันที่ (ว/ด/ป) ..... / ..... / ..... (.....)

หมายเหตุ: 1. จำนวนเงินทั้งหมดของเบี้ยประกันภัย จะต้องอยู่ภายใต้วงเงินบัตรเครดิตที่สามารถใช้ได้

2. ส่งแบบฟอร์มคืนฉบับกลับมายังบริษัทตามชื่อเจ้าหน้าที่และที่อยู่ข้างต้น บริษัทจะจัดส่งกรมธรรม์ให้ทันทีหลังได้รับเงินครบเรียบร้อยแล้ว

<b>สำหรับเจ้าหน้าที่ :</b>	<b>แผนกอนุมัติวงเงิน Tel : 02-232-4550 Fax: 02-232-3581</b>
<input type="radio"/> 4 เดือน รหัส 0419-22446	Approve Code : ..... Date:...../...../.....
<input type="radio"/> 6 เดือน รหัส 0419-22455	Approve by : .....
<input type="radio"/> 10 เดือน รหัส 0419-22464	