บริษัท อลิอันซ์ ซี.พี. ประกันภัย จำกัด (มหาชน)
313 อาคาร ซี.พี. ทาวเวอร์ ชั้น 3 ห้อง ดี2 และ ชั้น 19
ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500
โทร: 0 2638 9000 โทรสาร: 0 2638 9030
ทะเบียนนิติบุคคล/เลขประจำตัวผู้เสียภาษี เลขที่ 0107555000490

Allianz C.P. General Insurance Public Company Limited
313 C.P. Tower, 3rd unit D2 and 19th Floor
Silom Road, Bangrak, Bangkok 10500
Tel: +66 2638 9000 Fax: +66 2638 9030
Registration No./Tax I.D. 0107555000490

หนังสือยินยอมชำระค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัญชีบัตรเครดิตสำหรับการชำระเพียงครั้งเดียว
LETTER OF PERMISSION FOR COLLECT PREMIUM FROM CREDIT CARD ACCOUNT

วันที่/Date.....

ชื่อ/Name.....นามสกุล/Last name.....

มีความประสงค์ให้บริษัทฯ หักบัญชีบัตรเครดิตเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัย โดยตัดบัญชีบัตรเครดิต / I wish to instruct the Company to make deductions from my Credit Card Account for the premium payment.

☐ VISA วีซ่า/Visa ☐ MasterCard มาสเตอร์การ์ด/ Master Card ธนาคาร/ Bank.....

หมายเลขบัตร/Card No.

				■					■					■				

หมดอายุ/Expiry Date

		■		

เพื่อชำระเบี้ยประกันภัยตาม/Direct deduction for the premium payment for

ใบเสนอราคาเลขที่ / กรมธรรม์เลขที่ / สลักหลังกรมธรรม์ /Quotation No./ Policy No /Endorsement Policy.....

ชื่อผู้เอาประกันภัย/Insured Name..... มีความสัมพันธ์เป็น/Relation .....

จำนวนเงิน/Amount.....บาท//Baht (.....)

ลายมือชื่อตามบัตร/Cardholder's signature (As appear on card) .....

(1) บริษัทฯ รับเฉพาะบัตรเครดิตของผู้เอาประกันภัยหรือบุคคลที่มีนามสกุลเดียวกับผู้เอาประกันภัย และเจ้าของบัตรเครดิตได้ลงลายมือชื่อตามบัตรแล้วเท่านั้น/The Company reserves the right to accept the payment which be performed by Insured or any others who has the same last name of insured and Cardholder sign as appear on card.

(2) หากมีการแก้ไขใด ๆ บนหนังสือยินยอมฯ ต้องให้เจ้าของบัตรเครดิตลงลายมือชื่อกำกับด้วยทุกตำแหน่ง ให้เหมือนกับลายมือชื่อตามบัตรเครดิต/ Any amendment required credit card holder to sign as appear on card.

(3) บริษัทฯ จะส่งใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษี ให้แก่ผู้เอาประกันภัย ซึ่งจะมีผลบังคับเมื่อเรียกเก็บเงินได้แล้ว/The Company will deliver the receipt/tax invoice to the Insured with its validity status effective after the payment is completed

(4) กรณีที่สถาบันการเงินไม่สามารถดำเนินการหักบัญชีบัตรเครดิตตามที่ตกลงไว้ได้ไม่ว่าด้วยเหตุใดก็ตาม ให้ถือเสมือนว่ากรมธรรม์ประกันภัยฉบับดังกล่าวข้างต้นยังไม่มีการชำระเงินค่าเบี้ยประกันภัยแต่อย่างใด ทั้งนี้ หากมีค่าใช้จ่ายหรือค่าธรรมเนียมใด ๆ อันเกิดจากการที่สถาบันการเงินไม่สามารถหักบัญชีได้นั้น ข้าพเจ้าตกลงเป็นผู้รับผิดชอบในค่าใช้จ่ายดังกล่าว/In case of financial institution not able to debit credit card account as agreed with any reason, it seems that an insurance premium of the said policy has not been paid. Any expenses or fees arising out of the case above, I agree to responsible for that expenses and fees.

(5) กรุณากรอกรายละเอียดและจัดส่งกลับ **หน่วยงานเร่งรัดหนี้สิน โทรสาร**: 0 2638 9050 **โทรศัพท์**: 0 2638 9404 0 2638 9415, 0 2638 9430/Please fill-in information and return to Allianz C.P. General Insurance Public Company Limited by **fax on number +66 2638 9050 Tel: +66 2638 9404, +66 2638 9415, +66 2638 9430**

สำหรับเจ้าหน้าที่/ Officer use only	เจ้าหน้าที่/Officer.....วันที่/Date ..... ความเห็นเพิ่มเติม.....