

หนังสือยินยอมหักค่าเบี้ยประกันอัตโนมัติ

ท่านจะรู้ผลหักค่าเบี้ยฯ ผ่านบัญชีอัตโนมัติ และรับข่าวสารจากบริษัทฯ เพียงระบุหมายเลขโทรศัพท์มือถือ และอีเมลของท่านลงในแบบฟอร์มนี้

เรียน บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

วันที่ เดือน ปี

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว) บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่

โทรศัพท์บ้าน ที่ทำงาน มือถือ อีเมล

เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยของกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งออกโดย บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัทฯ") โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- | | | | |
|--|------------------------|--|------------------------------------|
| 1. กรมธรรม์เลขที่ <input type="text"/> | - <input type="text"/> | ชื่อผู้เอาประกันภัย <input type="text"/> | เกี่ยวข้องกับ <input type="text"/> |
| 2. กรมธรรม์เลขที่ <input type="text"/> | - <input type="text"/> | ชื่อผู้เอาประกันภัย <input type="text"/> | เกี่ยวข้องกับ <input type="text"/> |
| 3. กรมธรรม์เลขที่ <input type="text"/> | - <input type="text"/> | ชื่อผู้เอาประกันภัย <input type="text"/> | เกี่ยวข้องกับ <input type="text"/> |

ข้าพเจ้าประสงค์ให้ธนาคารหักบัญชีเงินฝากหรือบัตรเครดิตอัตโนมัติ **ทุกงวด** ตามกรมธรรม์ข้างต้น โดยยินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้

สำหรับชำระค่าเบี้ยประกันภัย อัตโนมัติ (โปรดระบุเพียง 1 ประเภทการชำระเท่านั้น)

1. หักบัญชีเงินฝากออมทรัพย์/กระแสรายวัน ธนาคาร สาขา

ชื่อบัญชี เลขที่บัญชี

- 1.1 ข้าพเจ้ายอมรับว่า (ก) ธนาคารจะหักเงินเบี้ยประกันรายงวดเต็มจำนวนที่ต่อเมื่อเงินในบัญชีมีเพียงพอในขณะนั้นเท่านั้น (ข) หากไม่สามารถหักเงินตามข้อ(ก) ได้ไม่ว่าสาเหตุใดก็ตาม ให้ถือว่ายังไม่มีภาระชำระเบี้ยประกันภัย (ค) หากจำนวนเงินที่บริษัทฯ แจ้งแก่ธนาคารไม่ถูกต้อง แต่ธนาคารได้ทำการหักเงินจากบัญชีดังกล่าว ตามจำนวนเงินที่บริษัทฯ แจ้ง ข้าพเจ้าตกลงที่จะเรียกร้องเงินจำนวนดังกล่าวจากบริษัทฯ โดยตรงและขอสงวนสิทธิ์ในการเรียกร้องหรือฟ้องร้องให้ธนาคารชดเชยเงินจำนวนนั้น (ง) ธนาคารไม่มีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของจำนวนเงินที่ได้รับแจ้งจากบริษัทฯ (จ) ข้าพเจ้าไม่ประสงค์ให้ธนาคารแจ้งการหักบัญชีแต่อย่างใด เนื่องจากรายการดังกล่าวปรากฏอยู่ในสมุดคู่ฝาก/Statement ของธนาคารหรือเอกสารการรับเบี้ยประกันภัยของบริษัทฯ (ฉ) ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ เรียกเก็บเงินด้วยวิธีหักบัญชีเงินฝากธนาคารตามรอบการชำระของกรมธรรม์ของข้าพเจ้าข้างต้น และกรณีหักบัญชีไม่ผ่านบริษัทฯ จะทำการส่งข้อมูลให้ธนาคารทำการเรียกเก็บเบี้ยประกันอีกครั้งในทุก 4 วันทำการถัดไป

2. หักบัญชีบัตรเครดิต ธนาคาร/สถาบันออกบัตรเครดิต

หมายเลข - - - เดือน/ปีที่บัตรหมดอายุ -

- 2.1 ข้าพเจ้ายอมรับว่า (ก) การชำระเบี้ยประกันภัยจะถือว่าชำระเรียบร้อยแล้ว และมีผลให้กรมธรรม์มีผลบังคับใช้ต่อเมื่อหักเงินเบี้ยประกันรายงวดเต็มจำนวนจากวงเงินของบัตรเครดิตได้ (ข) หากไม่สามารถหักเงินตามข้อ (ก) ได้ไม่ว่าสาเหตุใดก็ตาม ให้ถือว่ายังไม่มีภาระชำระเบี้ยประกันภัย (ค) หากมีความเสียหายหรือความผิดพลาดใดๆ เกิดขึ้นแก่ธนาคารผู้ออกบัตร หรือบริษัทฯ เนื่องมาจากการกระทำใดๆ ของข้าพเจ้า ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายแก่ธนาคารผู้ออกบัตรเครดิต หรือบริษัทฯ ตามความเสียหายที่เกิดขึ้นจริงทุกประการ และ (ง) ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ เรียกเก็บเงินด้วยวิธีหักบัตรเครดิตอัตโนมัติตามรอบการชำระของกรมธรรม์ และกรณีหักบัตรเครดิตไม่ผ่าน บริษัทฯ จะทำการส่งข้อมูลเพื่อเรียกเก็บเบี้ยประกันอีกครั้งในทุก 4 วันทำการถัดไป

หากบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ หรือบัญชีบัตรเครดิตที่ระบุข้างต้น หรือค่าเบี้ยประกันภัย ได้เปลี่ยนแปลงไม่ว่าโดยสาเหตุใดก็ตามหนังสือแจ้งความประสงค์ฉบับนี้ ยังคงมีผลบังคับใช้กับบัญชีใหม่ หรือค่าเบี้ยประกันภัยที่ได้เปลี่ยนแปลงนั้นๆทุกประการ ทั้งนี้ข้าพเจ้าตกลงสงวนสิทธิ์ยกเลิ/แก้ไข/ลบล้างความยินยอมดังกล่าวจนกว่าความคุ้มครองตามสัญญาประกันภัยของข้าพเจ้า หรืออายุความในการฟ้องคดีสิ้นสุดลง แล้วแต่ระยะเวลาใดสั้นสุดภายหลัง ทั้งนี้ หากมีการเปลี่ยนแปลงเลขที่บัญชีธนาคารหรือเลขที่บัตรเครดิต หรือยกเลิกความยินยอมตามหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้าจะแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรแก่บริษัทฯ และธนาคารล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วันและให้ถือความยินยอมตามหนังสือฉบับล่าสุดของข้าพเจ้ามีผลบังคับใช้และยกเลิกความยินยอมเดิมโดยอัตโนมัติ

โปรดแนบสำเนาบัญชีธนาคารฯ หรือสำเนาบัตรเครดิตของท่านพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทุกครั้ง
"รับชำระเบี้ย แทนได้เฉพาะ บิตดา-มารดา-บุตร/ สามี-ภรรยา หรือ บุคคลในครอบครัว"

ลงชื่อ	เจ้าของกรมธรรม์/ผู้เอาประกันภัย	ลงชื่อ	เจ้าของบัญชีผู้ให้ความยินยอม
()		()	
(โปรดเซ็นชื่อให้เหมือนกับลายเซ็นในกรมธรรม์)		(ลายเซ็นตามตัวอย่างที่ให้กับธนาคารหรือให้ไว้ในบัตรเครดิต)	

รับรองลายมือชื่อผู้ให้ความยินยอม

ลงชื่อ

()

พยาน/ตัวแทน/
นายหน้าประกันชีวิต

ธนาคารตรวจสอบแล้วถูกต้อง

ลงชื่อ

ผู้มีอำนาจลงนาม

ธนาคาร สาขา

บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)