

หนังสือยินยอมให้หักบัญชีเงินฝาก

วันที่.....

เขียนที่.....

เรียน ผู้จัดการธนาคาร..... สาขา.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

วัน/เดือน/ปี เกิด..... สถานที่ติดต่อ เลขที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... เจ้าของบัญชีเงินฝากประเภท..... ชื่อบัญชี.....

เลขที่บัญชี - - - รหัสสาขา

ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า "บัญชีหักชำระ" ที่มีอยู่กับธนาคารเจ้าของบัญชี ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า "ธนาคาร"

มีความประสงค์ให้ธนาคารหักเงินจากบัญชีหักชำระดังกล่าวให้แก่ บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า "บริษัท" เพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัย และ/หรือ บรรดาภาระผูกพันต่าง ๆ รวมทั้งค่าธรรมเนียม (ตามกรมธรรม์ประกันชีวิต) สำหรับ

1. กรมธรรม์/ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่..... ชื่อผู้เอาประกันภัย..... ความสัมพันธ์.....

2. กรมธรรม์/ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่..... ชื่อผู้เอาประกันภัย..... ความสัมพันธ์.....

3. กรมธรรม์/ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่..... ชื่อผู้เอาประกันภัย..... ความสัมพันธ์.....

ตามจำนวนที่ปรากฏในใบแจ้งหนี้ และ/หรือ แผ่นบันทึกข้อมูล (Diskette/Tape) และ/หรือ สื่อข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และ/หรือ ช่องทางอื่นใดที่ธนาคารได้รับจากบริษัท และนำเงินจำนวนดังกล่าวโอนเข้าบัญชีเงินฝากของบริษัท ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า "บัญชีรับชำระ" ภายในวันที่บริษัทกำหนด หากปรากฏในภายหลังว่าจำนวนเงินที่บริษัทแจ้งแก่ธนาคารนั้นสูงกว่าความเป็นจริง และธนาคารได้ทำการหักเงินจากบัญชีของข้าพเจ้าเรียบร้อยแล้วตามรายละเอียดที่ธนาคารได้รับจากบริษัทข้างต้น ข้าพเจ้าตกลงที่จะดำเนินการเรียกร้องเงินส่วนเกินดังกล่าวจากบริษัทโดยตรงโดยข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิ์ในการเรียกร้อง หรือฟ้องร้อง ให้ธนาคารชดใช้เงินที่ธนาคารได้หักโอนจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าเพื่อการดังกล่าวในการนี้ข้าพเจ้าไม่ประสงค์ให้ธนาคารแจ้งการหักบัญชีแต่อย่างใด เนื่องจากข้าพเจ้าสามารถรับทราบรายการดังกล่าวได้จากสมุดคู่ฝากของธนาคาร และ/หรือ จากใบรับ และ/หรือ ใบเสร็จรับเงินของบริษัทอยู่แล้ว

ในกรณีที่รายละเอียด และ/หรือ เลขที่ของบัญชีหักชำระที่กล่าวในวรรคข้างต้น ได้เปลี่ยนแปลงไปไม่ว่าด้วยเหตุใดก็ตาม ข้าพเจ้าตกลงให้หนังสือยินยอมฉบับนี้มีผลใช้บังคับสำหรับบัญชีเงินฝากหมายเลขที่ได้มีการเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ ด้วยทุกประการ

ความยินยอมในการหักบัญชีเงินฝากดังกล่าวข้างต้นให้มีผลบังคับใช้ทันทีนับแต่วันที่ทำหนังสือนี้ และให้มีผลบังคับต่อไปจนกว่าจะได้เพิกถอนโดยการทำหนังสือเป็นลายลักษณ์อักษรให้ธนาคารและบริษัททราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 30 วัน ก่อนวันเริ่มมีผลบังคับหักชำระเบี้ยประกันภัย

ลงชื่อ..... ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

ลายมือชื่อเจ้าของบัญชี (ตามที่ให้ไว้กับธนาคาร)

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน/ผู้รับรองลายมือชื่อผู้ให้ความยินยอม

ลงชื่อ..... ผู้ตรวจสอบ

(.....)

ลายมือชื่อผู้รับมอบอำนาจ

ธนาคาร..... สาขา.....

บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

เลขที่ 130 - 132 อาคารสินธรทาวเวอร์ 3 ชั้น 14, 16, 26 - 29 ถนนวิภาวดี แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 1351 ทะเบียนนิติบุคคล 0107563000304 fwd.co.th



10500003