บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 130-132 อาคารสินธรทาวเวอร์ 3 ชั้น 14, 16, 26 - 29
ถนนวิทยุ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
ศูนย์บริการลูกค้าเอฟดับบลิวดี โทร.1351 เลขทะเบียนบริษัท 0107555000546
fwd.co.th

FWD
เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต

หนังสือยินยอมหักค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัญชีเงินฝากธนาคารอัตโนมัติ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....เจ้าของเงินฝากประเภท.....

บัญชีเลขที่___ ___ ___ - ___ ___ ___ ___ ___ ___ -___ - ___ ___ ___ ___ ___ สาขา.....ชื่อบัญชี.....

ที่อยู่.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

E-Mail .....

ธนาคารผู้รับฝากเงิน ☐ TMB ทหารไทย ☐ กรุงเทพ ☐ กรุงศรีอยุธยา ☐ กสิกรไทย
☐ ออมสิน ☐ ธนชาต ☐ กรุงไทย ☐ ไทยพาณิชย์

ข้าพเจ้า ☐ ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย
☐ ผู้ตกลงชำระเบี้ยประกันภัยแทนผู้เอาประกันภัย (กรณีชำระเบี้ยประกันภัยแทนผู้อื่น)

มีความประสงค์จะชำระค่าเบี้ยประกันภัยให้กับ **บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)** ซึ่งต่อไปจะเรียกว่า "บริษัท" โดยให้ธนาคารหักเงินค่าเบี้ยประกันภัยที่ผู้ขอเอาประกันภัยต้องชำระให้บริษัทในวันครบกำหนดชำระหรือวันอื่นที่ผู้เอาประกันภัยตกลงกับบริษัท จากบัญชีเงินฝากดังกล่าวของข้าพเจ้า ตามข้อมูลที่ธนาคารได้รับจากบริษัท และนำเงินดังกล่าวโอนเข้าบัญชีของบริษัท ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

	งวดการชำระเงิน			
	1 เดือน	3 เดือน	6 เดือน	1 ปี
กรมธรรม์เลขที่ ..... **ชื่อผู้เอาประกันภัย**	☐	☐	☐	☐
กรมธรรม์เลขที่ ..... **ชื่อผู้เอาประกันภัย**	☐	☐	☐	☐

ในการหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าเพื่อชำระเบี้ยประกันภัยให้แก่บริษัทดังกล่าว หากปรากฏในภายหลังว่าข้อมูลการหักเงินที่บริษัทแจ้งแก่ธนาคารนั้นไม่ถูกต้อง และธนาคารได้ทำการหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า ตามข้อมูลที่ธนาคารได้รับจากบริษัท ข้าพเจ้าตกลงที่จะดำเนินการเรียกร้องเงินจำนวนดังกล่าวจากบริษัทโดยตรง โดยข้าพเจ้าขอสละสิทธิ์ในการเรียกร้อง หรือฟ้องร้องให้ธนาคารชดใช้เงินที่ธนาคารได้หักโอนจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า และข้าพเจ้ายอมรับว่าธนาคารจะหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าต่อเมื่อมีเงินในบัญชีเพียงพอให้หักได้เต็มจำนวนเท่านั้น ในการหักเงินจากบัญชีเงินฝากดังกล่าวข้าพเจ้าไม่ประสงค์ให้ธนาคารแจ้งการหักบัญชีแต่อย่างใด เนื่องจากข้าพเจ้าสามารถทราบรายการดังกล่าวได้จากสมุดคู่ฝาก / Statement ของธนาคารหรือจากใบเสร็จรับเงินเบี้ยประกันภัยจากบริษัท

ในกรณีที่บริษัทตกลงกับธนาคารให้ข้าพเจ้าเป็นผู้รับภาระค่าธรรมเนียมในการให้บริการเรียกเก็บเงินตามคำสั่งของบริษัท ข้าพเจ้าตกลงให้ธนาคารหักบัญชีที่กล่าวข้างต้นเพื่อชำระค่าธรรมเนียมได้ตามอัตราที่ธนาคารประกาศกำหนด

การให้หักเงินจากบัญชีเงินฝากดังกล่าวข้างต้นให้มีผลบังคับ เมื่อธนาคารได้ดำเนินการตามขั้นตอนเพื่อการหักบัญชีเงินฝากแล้วเสร็จ และให้คงมีผลบังคับต่อไปจนกว่าข้าพเจ้าจะได้แจ้งยกเลิกโดยทำเป็นลายลักษณ์อักษรให้ธนาคารและบริษัททราบอย่างน้อยล่วงหน้า 30 วัน

ลงชื่อ .....ผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ลงชื่อ.....เจ้าของบัญชีเงินฝาก
( ) (ตามที่ให้ไว้ในกรมธรรม์) ( ) (ตามตัวอย่างที่ให้ไว้กับธนาคาร)

ลงชื่อ.....พยาน
( )

สำหรับบริษัท	สำหรับธนาคาร
บริการ CORPORATE ICASH COMPANY CODE ☐☐☐☐☐☐☐☐ บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ขอรับรองว่าผู้ทำคำขอให้หักบัญชีเงินฝากเป็นลูกค้าของบริษัทจริง ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่บริษัท ( ) วันที่.....	○ ธนาคารตกลงดำเนินการตามความประสงค์ของเจ้าของบัญชี ○ ธนาคารไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจาก ○ บัญชีปิดแล้ว ○ ลายมือชื่อไม่ถูกต้อง ○ เลขที่บัญชีไม่ถูกต้อง ○ อื่นๆ ..... ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจสาขา ( ) วันที่.....

<u>หมายเหตุ</u> กรุณากรอกแบบฟอร์มให้ครบถ้วน พร้อมทั้งแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารมาพร้อมกับเอกสารฉบับนี้ โดยผู้เอาประกันภัยและเจ้าของบัญชีจะต้องเป็นบุคคลเดียวกัน หรือบุคคลในครอบครัว