

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 CIMB
 ออมสิน ธนชาติ กรุงไทย ไทยพาณิชย์

ข้าพเจ้า ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย
 ผู้ตกลงชำระเบี้ยประกันภัยแทนผู้เอาประกันภัย (กรณีชำระเบี้ยประกันภัยแทนผู้อื่น)

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

กรมธรรม์เลขที่	ชื่อผู้เอาประกันภัย	งวดการชำระเงิน			
		1 เดือน	3 เดือน	6 เดือน	1 ปี
กรมธรรม์เลขที่	ชื่อผู้เอาประกันภัย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
กรมธรรม์เลขที่	ชื่อผู้เอาประกันภัย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

ในกรณีที่บริษัทตกลงกับธนาคารให้ข้าพเจ้าเป็นผู้รับภาระค่าธรรมเนียมในการให้บริการเรียกเก็บเงินตามคำสั่งของบริษัท ข้าพเจ้าตกลงให้ธนาคารหักบัญชีที่กล่าวข้างต้นเพื่อชำระค่าธรรมเนียมได้ตามอัตราที่ธนาคารประกาศกำหนด

การให้หักเงินจากบัญชีเงินฝากดังกล่าวข้างต้นให้มีผลบังคับ เมื่อธนาคารได้ดำเนินการตามขั้นตอนเพื่อการหักบัญชีเงินฝากแล้วเสร็จ และให้คงมีผลบังคับต่อไปจนกว่าข้าพเจ้าจะได้แจ้งยกเลิกโดยทำเป็นลายลักษณ์อักษรให้ธนาคารและบริษัททราบอย่างน้อยล่วงหน้า 30 วัน

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

ลงชื่อ.....พยาน.....
(.....)

สำหรับบริษัท	สำหรับธนาคาร
บริการ CORPORATE ICASH COMPANY CODE <input type="text"/>	<input type="radio"/> ธนาคารตกลงดำเนินการตามความประสงค์ของเจ้าของบัญชี <input type="radio"/> ธนาคารไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจาก
บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ขอรับรองว่าผู้ทำคำขอให้หักบัญชีเงินฝากเป็นลูกค้ายของบริษัทจริง	<input type="radio"/> บัญชีปิดแล้ว <input type="radio"/> ลายมือชื่อไม่ถูกต้อง <input type="radio"/> เลขที่บัญชีไม่ถูกต้อง <input type="radio"/> อื่นๆ.....
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่บริษัท (.....) วันที่.....	ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจสาขา (.....) วันที่.....

หมายเหตุ กรุณากรอกแบบฟอร์มให้ครบถ้วน พร้อมทั้งแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารมาพร้อมกับเอกสารฉบับนี้ โดยผู้เอาประกันภัย และเจ้าของบัญชีจะต้องเป็นบุคคลเดียวกัน หรือบุคคลในครอบครัว