

**บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)**

เลขที่ 130-132 อาคารสินธรทาวเวอร์ 3 ชั้น 14, 16, 26 - 29  
ถนนวิภาวดี แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10330  
ศูนย์บริการลูกค้าเอฟดับบลิวดี P 1351 เลขทะเบียนบริษัท 0107563000304  
fwd.co.th



**หนังสือยินยอมหักค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัญชีเงินฝากธนาคารอัตโนมัติ**

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

วัน/เดือน/ปี เกิด.....สถานที่ติดต่อ.....

..... โทรศัพท์บ้าน.....

โทรศัพท์มือถือ..... E-Mail.....

เจ้าของบัญชีเงินฝากธนาคาร.....บัญชีเงินฝาก..... - ..... - ..... - .....

สาขา.....ชื่อบัญชี.....

- ข้าพเจ้า  ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย  
 ผู้ตกลงชำระเบี้ยประกันภัยแทนผู้เอาประกันภัย (กรณีชำระเบี้ยประกันภัยแทนผู้อื่น)

มีความประสงค์ให้ธนาคารหักเงินจากบัญชีดังกล่าวให้แก่ **บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)** ซึ่งต่อไปจะเรียกว่า “บริษัท” เพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัยและ/หรือบรรดาภาระผูกพันต่างๆ ที่ผู้เอาประกันภัยต้องชำระให้บริษัท ตามที่ธนาคารได้รับแจ้งจากบริษัท ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

กรมธรรม์เลขที่ ..... ชื่อผู้เอาประกันภัย ..... ความสัมพันธ์.....

กรมธรรม์เลขที่ ..... ชื่อผู้เอาประกันภัย ..... ความสัมพันธ์.....

กรมธรรม์เลขที่ ..... ชื่อผู้เอาประกันภัย ..... ความสัมพันธ์.....

ในการหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าเพื่อชำระเบี้ยประกันภัยและ/หรือบรรดาภาระผูกพันต่างๆ ให้แก่บริษัทดังกล่าว หากปรากฏในภายหลังว่าข้อมูลการหักเงินที่บริษัทแจ้งแก่ธนาคารนั้นไม่ถูกต้อง และธนาคารได้ทำการหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ธนาคารได้รับจากบริษัท ข้าพเจ้าตกลงที่จะดำเนินการเรียกร้องเงินจำนวนดังกล่าวจากบริษัทโดยตรง โดยข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิ์ในการเรียกร้อง หรือฟ้องร้องให้ธนาคารชดเชยเงินที่ธนาคารได้หักโอนจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า และข้าพเจ้ายอมรับว่าธนาคารจะหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าต่อเมื่อมีเงินในบัญชีเพียงพอให้หักได้เต็มจำนวนเท่านั้น ในการหักเงินจากบัญชีเงินฝากดังกล่าวข้าพเจ้าไม่ประสงค์ให้ธนาคารแจ้งการหักบัญชีแต่อย่างใด เนื่องจากข้าพเจ้าสามารถทราบรายการดังกล่าวได้จากสมุดคู่ฝาก / Statement ของธนาคาร หรือจากใบแจ้งชำระเบี้ยประกันภัย/ใบเสร็จรับเงินเบี้ยประกันภัยจากบริษัท

ในกรณีที่รายละเอียด และ/หรือ เลขที่ของบัญชีเงินฝากธนาคารที่กล่าวในข้างต้น ได้เปลี่ยนแปลงไม่ว่าด้วยเหตุใดก็ตาม ข้าพเจ้าตกลงให้หนังสือยินยอมฉบับนี้มีผลใช้บังคับสำหรับบัญชีเงินฝากหมายเลขที่ได้มีการเปลี่ยนแปลงนั้นๆ ด้วยทุกประการ

ความยินยอมในการหักบัญชีเงินฝากดังกล่าวข้างต้นให้มีผลบังคับใช้กันที่นับแต่วันที่ทำหนังสือนี้ และให้มีผลบังคับต่อไปจนกว่าจะได้เพิกถอน โดยการทำหนังสือเป็นลายลักษณ์อักษรแจ้งให้ธนาคาร และบริษัททราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 30 วัน

ลงชื่อ .....ผู้ให้ความยินยอม  
( ..... )  
ลายมือชื่อเจ้าของบัญชี(ตามที่ไว้กับธนาคาร)

ลงชื่อ.....พยาน  
( ..... )  
ผู้รับรองลายมือชื่อผู้ให้ความยินยอม

| สำหรับบริษัท   | สำหรับธนาคาร   |
|--|--|
| บริการ CORPORATE ICASH<br>COMPANY CODE :<br>ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่บริษัท<br>( ..... )<br>วันที่..... | <input type="radio"/> ธนาคารตกลงดำเนินการตามความประสงค์ของเจ้าของบัญชี<br><input type="radio"/> ธนาคารไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจาก .....<br>ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจสาขา<br>( ..... )<br>วันที่..... |

หมายเหตุ : กรุณากรอกแบบฟอร์มให้ครบถ้วน พร้อมทั้งแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารมาพร้อมกับเอกสารฉบับนี้ โดยผู้เอาประกันภัยและเจ้าของบัญชีจะต้องเป็นบุคคลเดียวกัน หรือบุคคลในครอบครัวเท่านั้น