

## หนังสือยินยอมชำระเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิตอัตโนมัติ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ผู้ถือบัตรเครดิต

☐  ☐  ☐  วันหมดอายุ   /  หมายเลขบัตรเครดิต     -     -     -    

หมายเลขบัตรประชาชน ..... วัน/เดือน/ปี(เกิด)...../...../..... โทรศัพท์ .....

หนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้ธนาคารหักเงินจากบัตรเครดิตดังกล่าวให้แก่ บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) เพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัยและ/หรือบรรดาภาระผูกพันต่างๆที่ผู้เอาประกันภัยต้องชำระให้บริษัท ตามที่ธนาคารได้รับแจ้งจากบริษัท ในการหักเงินดังกล่าวจากบัตรเครดิตของข้าพเจ้าเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัย และ/หรือบรรดาภาระผูกพันต่างๆ ที่ผู้เอาประกันภัยต้องชำระให้บริษัท ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

\* กรณีที่เจ้าของบัตรเครดิตเป็นบุคคลเดียวกับผู้เอาประกัน/ผู้ชำระเบี้ยตามกรมธรรม์ กรุณาแนบสำเนาบัตรประชาชนเพิ่มเติม

- 1.กรมธรรม์เลขที่..... ชื่อผู้เอาประกัน.....
- 2.กรมธรรม์เลขที่..... ชื่อผู้เอาประกัน.....
- 3.กรมธรรม์เลขที่..... ชื่อผู้เอาประกัน.....

\*\* กรณีเจ้าของบัตรเครดิตไม่ใช่ผู้เอาประกัน/ผู้ชำระเบี้ยตามกรมธรรม์ กรุณาแนบสำเนาบัตรประชาชน พร้อมระบุความสัมพันธ์/เหตุผลในการชำระเบี้ยแทน และหากค่าเบี้ยประกันภัยตั้งแต่ 100,000 บาทขึ้นไป กรุณาแนบหลักฐานเพื่อแสดงความสัมพันธ์ หากบริษัทตรวจสอบพบว่า ผู้เอาประกันและผู้ชำระเบี้ยประกันไม่มีความสัมพันธ์กันตามหลักเกณฑ์ของบริษัท บริษัทขอสงวนสิทธิ์ในการปฏิเสธการรับค่าเบี้ยประกันภัยดังกล่าว

- 1.กรมธรรม์เลขที่..... ชื่อผู้เอาประกัน..... ความสัมพันธ์ / เหตุผลชำระเบี้ยแทน.....
- 2.กรมธรรม์เลขที่..... ชื่อผู้เอาประกัน..... ความสัมพันธ์ / เหตุผลชำระเบี้ยแทน.....
- 3.กรมธรรม์เลขที่..... ชื่อผู้เอาประกัน..... ความสัมพันธ์ / เหตุผลชำระเบี้ยแทน.....

หากปรากฏในภายหลังว่าข้อมูลการหักเงินที่บริษัทแจ้งแก่ธนาคารนั้นไม่ถูกต้อง และธนาคารได้ทำการหักเงินจากบัตรเครดิตของข้าพเจ้า ตามข้อมูลที่ธนาคารได้รับจากบริษัท ข้าพเจ้าตกลงที่จะดำเนินการเรียกร้องเงินจำนวนดังกล่าวจากบริษัทโดยตรง โดยข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิ์ในการเรียกร้อง หรือฟ้องร้องให้ธนาคารชดเชยเงินที่ธนาคารได้หักจากบัตรเครดิตของข้าพเจ้า และข้าพเจ้ายอมรับว่าธนาคารจะหักเงินจากบัตรเครดิตของข้าพเจ้าต่อเมื่อมีเงินในบัตรเครดิตเพียงพอให้หักได้เต็มจำนวนเท่านั้น

ความยินยอมในการหักบัตรเครดิตดังกล่าวข้างต้นให้มีผลบังคับใช้ทันทีนับแต่วันที่ทำหนังสือนี้ และให้มีผลบังคับต่อไปจนกว่าจะได้เพิกถอน โดยการทำหนังสือเป็นลายลักษณ์อักษรแจ้งให้บริษัททราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 10 วัน ก่อนวันที่จะให้สิ้นผลบังคับ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ ..... เจ้าของบัตร  
(.....)ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

(ลายมือชื่อผู้ถือบัตรตามที่ไว้กับธนาคารและ/หรือบริษัทผู้ออกบัตร)

หมายเหตุ : \* ผู้เอาประกัน/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และเจ้าของบัตรเครดิตจะต้องเป็นบุคคลเดียวกัน กรุณาแนบสำเนาบัตรประชาชน

\*\* กรณีเจ้าของบัตรเครดิตไม่ใช่ผู้เอาประกัน กรุณาแนบสำเนาบัตรประชาชน ระบุความสัมพันธ์ และเหตุผลในการชำระเบี้ยประกันภัยแทน พร้อมแนบสำเนานำเข้าบัตรเครดิต และขอเอกสารพิสูจน์ความสัมพันธ์ที่เป็นทางการมาพร้อมกับเอกสารฉบับนี้

\*\*\* แบบฟอร์มชำระเบี้ยประกันภัยนี้ไม่สามารถใช้ขอหักบัตรเครดิตเพื่อชำระเบี้ยประกันภัยสำหรับแบบประกันเลือกได้ ออมตามใจ 10/3 (BE32 หรือแบบสะสมทรัพย์ พิเศษ 10/3), แบบออมคู่กัน 12/4 (BE35 หรือ แบบสะสมทรัพย์ 12/4), สะสมทรัพย์ 10/2(1) หรือ BE118, สะสมทรัพย์ 10/2(15) หรือ BE132 และ PA08(PA Debit Card)