

**บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)**

เลขที่ 130 -132 อาคารสินธรทาวเวอร์ ชั้น 14, 16, 27, 28 และ 29

ถนนวิภาวดี แยกจตุรัสฯ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ศูนย์บริการลูกค้าเอฟดับบลิวดี โทร. (66) 2632 6000 เลขทะเบียนบริษัท 0107555000546



**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  ธนชาติ  กรุงไทย  ไทยพาณิชย์

ข้าพเจ้า  ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย  
 ผู้ตกลงชำระเบี้ยประกันภัยแทนผู้เอาประกันภัย (กรณีชำระเบี้ยประกันภัยแทนผู้อื่น)

มีความประสงค์จะชำระค่าเบี้ยประกันภัยให้กับ **บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)** ซึ่งต่อไปจะเรียกว่า “บริษัท” โดยให้ธนาคารหักเงินค่าเบี้ยประกันภัยที่ผู้ขอเอาประกันภัยต้องชำระให้บริษัทในวันครบกำหนดชำระหรือวันอื่นที่ผู้เอาประกันภัยตกลงกับบริษัท จากบัญชีเงินฝากดังกล่าวของข้าพเจ้า ตามข้อมูลธนาคารที่ได้รับจากบริษัท 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 หรือฟ้องร้องให้ธนาคารชดเชยเงินที่ธนาคารได้หักโอนจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า และข้าพเจ้ายอมรับว่าธนาคารจะหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าต่อเมื่อมีเงินในบัญชีเพียงพอให้หักได้เต็มจำนวนเท่านั้น ในการหักเงินจากบัญชีเงินฝากดังกล่าวข้าพเจ้าไม่ประสงค์ให้ธนาคารแจ้งการหักบัญชีแต่อย่างใด เนื่องจากข้าพเจ้าสามารถทราบรายการดังกล่าวได้จากสมุดคู่ฝาก / Statement ของธนาคารหรือจากใบเสร็จรับเงินเบี้ยประกันภัยจากบริษัท

ในกรณีที่บริษัทตกลงกับธนาคารให้ข้าพเจ้าเป็นผู้รับภาระค่าธรรมเนียมในการให้บริการเรียกเก็บเงินตามคำสั่งของบริษัท ข้าพเจ้าตกลงให้ธนาคารหักบัญชีที่กล่าวข้างต้นเพื่อชำระค่าธรรมเนียมได้ตามอัตราที่ธนาคารประกาศกำหนด

การให้หักเงินจากบัญชีเงินฝากดังกล่าวข้างต้นให้มีผลบังคับ เมื่อธนาคารได้ดำเนินการตามขั้นตอนเพื่อการหักบัญชีเงินฝากแล้วเสร็จ และให้คงมีผลบังคับต่อไปจนกว่าข้าพเจ้าจะแจ้งยกเลิกโดยทำเป็นลายลักษณ์อักษรให้ธนาคารและบริษัททราบอย่างน้อยล่วงหน้า 30 วัน

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

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

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

**หมายเหตุ** กรุณากรอกแบบฟอร์มให้ครบถ้วน พร้อมทั้งแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารมาพร้อมกับเอกสารฉบับนี้ โดยผู้เอาประกันภัย และเจ้าของบัญชีจะต้องเป็นบุคคลเดียวกัน หรือบุคคลในครอบครัว



**หนังสือยินยอมหักค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัญชีเงินฝากธนาคารอัตโนมัติ**

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

บัญชีเลขที่..... สาขา..... ชื่อบัญชี.....

ที่อยู่.....

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

E-Mail .....

- ธนาคารผู้รับฝากเงิน
- |                              |         |                          |         |                          |               |                          |            |
|------------------------------|---------|--------------------------|---------|--------------------------|---------------|--------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> TMB | ทหารไทย | <input type="checkbox"/> | กรุงเทพ | <input type="checkbox"/> | กรุงศรีอยุธยา | <input type="checkbox"/> | กสิกรไทย   |
| <input type="checkbox"/>     | ออมสิน  | <input type="checkbox"/> | ธนาชาติ | <input type="checkbox"/> | กรุงไทย       | <input type="checkbox"/> | ไทยพาณิชย์ |

- ข้าพเจ้า  ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย  
 ผู้ตกลงชำระเบี้ยประกันภัยแทนผู้เอาประกันภัย (กรณีชำระเบี้ยประกันภัยแทนผู้อื่น)

มีความประสงค์จะชำระค่าเบี้ยประกันภัยให้กับ **บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)** ซึ่งต่อไปจะเรียกว่า “บริษัท” โดยให้ธนาคารหักเงินค่าเบี้ยประกันภัยที่ผู้ขอเอาประกันภัยต้องชำระให้บริษัทในวันครบกำหนดชำระหรือวันอื่นที่ผู้เอาประกันภัยตกลงกับบริษัท จากบัญชีเงินฝากดังกล่าวของข้าพเจ้า ตามข้อมูลธนาคารได้รับจากบริษัท 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 หรือฟ้องร้องให้ธนาคารชดเชยเงินที่ธนาคารได้หักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า และข้าพเจ้ายอมรับว่าธนาคารจะหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าต่อเมื่อมีเงินในบัญชีเพียงพอให้หักได้เต็มจำนวนเท่านั้น ในการหักเงินจากบัญชีเงินฝากดังกล่าวข้าพเจ้าไม่ประสงค์ให้ธนาคารแจ้งการหักบัญชีแต่อย่างใด เนื่องจากข้าพเจ้าสามารถทราบรายการดังกล่าวได้จากสมุดคู่ฝาก / Statement ของธนาคารหรือจากใบเสร็จรับเงินเบี้ยประกันภัยจากบริษัท

ในกรณีที่บริษัทตกลงกับธนาคารให้ข้าพเจ้าเป็นผู้รับภาระค่าธรรมเนียมในการให้บริการเรียกเก็บเงินตามคำสั่งของบริษัท ข้าพเจ้าตกลงให้ธนาคารหักบัญชีที่กล่าวข้างต้นเพื่อชำระค่าธรรมเนียมได้ตามอัตราที่ธนาคารประกาศกำหนด

การให้หักเงินจากบัญชีเงินฝากดังกล่าวข้างต้นให้มีผลบังคับ เมื่อธนาคารได้ดำเนินการตามขั้นตอนเพื่อการหักบัญชีเงินฝากแล้วเสร็จ และให้คงมีผลบังคับต่อไปจนกว่าข้าพเจ้าจะแจ้งยกเลิกโดยทำเป็นลายลักษณ์อักษรให้ธนาคารและบริษัททราบอย่างน้อยล่วงหน้า 30 วัน

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

ลงชื่อ.....พยาน  
 ( )

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

หมายเหตุ กรุณากรอกแบบฟอร์มให้ครบถ้วน พร้อมทั้งแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารมาพร้อมกับเอกสารฉบับนี้ โดยผู้เอาประกันภัยและเจ้าของบัญชีจะต้องเป็นบุคคลเดียวกัน หรือบุคคลในครอบครัว

**บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)**

เลขที่ 130 -132 อาคารสินธรทาวเวอร์ ชั้น 14, 16, 27, 28 และ 29  
ถนนวิภาวดี แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10330  
ศูนย์บริการลูกค้าเอฟดับบลิวดี โทร. (66) 2632 6000 เลขทะเบียนบริษัท 0107555000546



**หนังสือยินยอมหักค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัญชีเงินฝากธนาคารอัตโนมัติ**

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

บัญชีเลขที่.....สาขา.....ชื่อบัญชี.....  
ที่อยู่.....

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

E-Mail .....

- ธนาคารผู้รับฝากเงิน
- |                                  |                                  |  |                                     |
|----------------------------------|----------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ทหารไทย | <input type="checkbox"/> กรุงเทพ | <input type="checkbox"/> กรุงศรีอยุธยา | <input type="checkbox"/> กสิกรไทย   |
| <input type="checkbox"/> ออมสิน  | <input type="checkbox"/> ธนชาติ  | <input type="checkbox"/> กรุงไทย       | <input type="checkbox"/> ไทยพาณิชย์ |

- ข้าพเจ้า  ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย  
 ผู้ตกลงชำระเบี้ยประกันภัยแทนผู้เอาประกันภัย (กรณีชำระเบี้ยประกันภัยแทนผู้อื่น)

มีความประสงค์จะชำระค่าเบี้ยประกันภัยให้กับ **บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)** ซึ่งต่อไปจะเรียกว่า “บริษัท” โดยให้ธนาคารหักเงินค่าเบี้ยประกันภัยที่ผู้ขอเอาประกันภัยต้องชำระให้บริษัทในวันครบกำหนดชำระหรือวันอื่นที่ผู้เอาประกันภัยตกลงกับบริษัท จากบัญชีเงินฝากดังกล่าวของข้าพเจ้า ตามข้อมูลธนาคารที่ได้รับจากบริษัท 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 และให้คงมีผลบังคับต่อไปจนกว่าข้าพเจ้าจะแจ้งยกเลิกโดยทำเป็นลายลักษณ์อักษรให้ธนาคารและบริษัททราบอย่างน้อยล่วงหน้า 30 วัน

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

ลงชื่อ.....พยาน  
( )

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

หมายเหตุ กรุณากรอกแบบฟอร์มให้ครบถ้วน พร้อมทั้งแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารมาพร้อมกับเอกสารฉบับนี้ โดยผู้เอาประกันภัยและเจ้าของบัญชีจะต้องเป็นบุคคลเดียวกัน หรือบุคคลในครอบครัว