



หนังสือยินยอมหักค่าเบี้ยประกันอัตโนมัติ

ท่านจะรู้ผลหักค่าเบี้ยฯ ผ่านบัญชีอัตโนมัติ และรับข่าวสารจากบริษัทฯ เพียงระบุหมายเลขโทรศัพท์มือถือ และอีเมลของท่านลงในแบบฟอร์มนี้

วันที่ เดือน ปี

เรียน บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว) บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่
โทรศัพท์บ้าน ที่ทำงาน มือถือ อีเมล

เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยของกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งออกโดย บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัทฯ”) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. กรมธรรม์เลขที่ ชื่อผู้เอาประกันภัย เกี่ยวข้องเป็น
2. กรมธรรม์เลขที่ ชื่อผู้เอาประกันภัย เกี่ยวข้องเป็น
3. กรมธรรม์เลขที่ ชื่อผู้เอาประกันภัย เกี่ยวข้องเป็น

ข้าพเจ้าประสงค์ให้ธนาคารหักบัญชีเงินฝากหรือบัตรเครดิตอัตโนมัติ **ทุกงวด** ตามกรมธรรม์ข้างต้น โดยยินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้

สำหรับชำระค่าเบี้ยประกันภัย อัตโนมัติ (ไปครบทุกปี 1 ประเภทการชำระเท่านั้น)

1. หักบัญชีเงินฝากออมทรัพย์/กระแสรายวัน ธนาคาร สาขา
ชื่อบัญชี เลขที่บัญชี

1.1 ข้าพเจ้ายอมรับว่า (ก) ธนาคารจะหักเงินเบี้ยประกันรายงวดเต็มจำนวนที่ต่อเมื่อเงินในบัญชีมีเพียงพอในขณะนั้นเท่านั้น (ข) หากไม่สามารถหักเงินตามข้อ (ก) ได้ไม่ว่าสาเหตุใดก็ตาม ให้ถือว่ายังไม่มีชำระเบี้ยประกันภัย (ค) หากจำนวนเงินที่บริษัทฯ แจ้งแก่ธนาคารไม่ถูกต้อง แต่ธนาคารได้ทำการหักเงินจากบัญชีดังกล่าวตามจำนวนเงินที่บริษัทฯ แจ้ง แก่ธนาคารไม่ถูกต้อง แต่ธนาคารได้ทำการหักเงินจากบัญชีดังกล่าวตามจำนวนเงินที่บริษัทฯ แจ้ง ข้าพเจ้าตกลงที่จะเรียกร้องเงินจำนวนดังกล่าวจากบริษัทฯ โดยตรงและขอสงวนสิทธิ์ในการเรียกร้องหรือฟ้องร้องให้ธนาคารชดใช้เงินจำนวนนั้น (ง) ธนาคารไม่มีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของจำนวนเงินที่ได้รับแจ้งจากบริษัทฯ (จ) ข้าพเจ้าไม่ประสงค์ให้ธนาคารแจ้งการหักบัญชีแต่อย่างใด เนื่องจากรายการดังกล่าวปรากฏอยู่ในสมุดคู่ฝาก/Statement ของธนาคารหรือเอกสารการรับเบี้ยประกันภัยของบริษัทฯ (ฉ) ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ เรียกเก็บเงินด้วยวิธีหักบัญชีเงินฝากธนาคารตามรอบการชำระของกรมธรรม์ของข้าพเจ้าข้างต้น และกรณีหักบัญชีไม่ผ่าน บริษัทฯ จะทำการส่งข้อมูลให้ธนาคารทำการเรียกเก็บเบี้ยประกันอีกครั้งในทุก 4 วันทำการถัดไป

2. หักบัญชีบัตรเครดิต ธนาคาร/สถาบันออกบัตรเครดิต
หมายเลข เดือน/ปี ที่บัตรหมดอายุ

2.1 ข้าพเจ้ายอมรับว่า (ก) การชำระเบี้ยประกันภัยจะถือว่าชำระเรียบร้อยแล้ว และมีผลให้กรมธรรม์มีผลบังคับใช้เมื่อหักเงินเบี้ยประกันรายงวดเต็มจำนวนจากวงเงินของบัตรเครดิตได้ (ข) หากไม่สามารถหักเงินตามข้อ (ก) ได้ไม่ว่าสาเหตุใดก็ตาม ให้ถือว่ายังไม่มีชำระเบี้ยประกันภัย (ค) หากมีความเสียหายหรือ ความผิดพลาดใดๆ เกิดขึ้นแก่ธนาคารผู้ออกบัตร หรือบริษัทฯ เนื่องมาจากการกระทำใดๆ ของข้าพเจ้า ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายแก่ธนาคารผู้ออกบัตรเครดิต หรือบริษัทฯ ตามความเสียหายที่เกิดขึ้นจริงทุกประการ และ (ง) ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ เรียกเก็บเงินด้วยวิธีหักบัตรเครดิตอัตโนมัติตามรอบการชำระของกรมธรรม์ และกรณีหักบัญชีไม่ผ่าน บริษัทฯ จะทำการส่งข้อมูลเพื่อเรียกเก็บเบี้ยประกันอีกครั้งในทุก 4 วันทำการถัดไป หากบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ หรือบัญชีบัตรเครดิตที่ระบุข้างต้น หรือค่าเบี้ยประกันภัย ได้เปลี่ยนแปลงไม่ว่าโดยสาเหตุใดก็ตามหนังสือแจ้งความประสงค์ฉบับนี้ ยังคงมีผลบังคับใช้กับบัญชีใหม่ หรือค่าเบี้ยประกันภัยที่ได้เปลี่ยนแปลงนั้นๆทุกประการ ทั้งนี้ข้าพเจ้าตกลงสงวนสิทธิ์ยกเลิก/แก้ไข/ลบล้างความยินยอมดังกล่าวจนกว่าความคุ้มครองตามสัญญาประกันภัยของข้าพเจ้า หรืออายุความในการฟ้องคดีสิ้นสุดลง แล้วแต่ระยะเวลาใดสั้นสุดภายหลัง ทั้งนี้ หากมีการเปลี่ยนแปลงเลขที่บัญชีธนาคารหรือเลขที่บัตรเครดิต หรือยกเลิกความยินยอมตามหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้าจะแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรแก่บริษัทฯ และธนาคารล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วัน และให้ถือความยินยอมตามหนังสือฉบับล่าสุดของข้าพเจ้ามีผลบังคับใช้ และยกเลิกความยินยอมเดิมโดยอัตโนมัติ

โปรดแนบสำเนาบัญชีธนาคารฯ และสำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาบัตรเครดิตของท่านพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทุกครั้ง “รับชำระเบี้ย แทนได้เฉพาะ บิดา-มารดา-บุตร/สามี-ภรรยา”

ลงชื่อ <input type="text"/>	เจ้าของกรมธรรม์ /ผู้เอาประกันภัย	ลงชื่อ <input type="text"/>	เจ้าของบัญชี ผู้ให้ความยินยอม
(<input type="text"/>)		(<input type="text"/>)	
(โปรดเซ็นชื่อให้เหมือนกับลายเซ็นในกรมธรรม์)		(ลายเซ็นตามตัวอย่างที่ให้กับธนาคารหรือให้ไว้ในบัตรเครดิต)	
ลงชื่อ <input type="text"/>	พยาน/ตัวแทน/ นายหน้าประกันชีวิต	ลงชื่อ <input type="text"/>	ผู้มีอำนาจลงนาม
(<input type="text"/>)		ธนาคาร <input type="text"/>	สาขา <input type="text"/>
บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)			

บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) Krungthai-AXA Life Insurance Public Company Limited

เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามา 9 ชั้น 1, 20-27 ถนนพหลโยธิน แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310

9, G Tower Grand Rama 9, Floor 1, 20-27 Rama 9 Road, Huai Khwang, Huai Khwang, Bangkok 10310

โทร. 0 2044 4000 โทรสาร 0 2044 4032 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์/ Customer Center โทร./Tel. 1159 โทรสาร: บริษัทฯ 0107555000376 www.krungthai-axa.co.th



หนังสือยินยอมหักค่าเบี้ยประกันอัตโนมัติ

ท่านจะรู้ผลหักค่าเบี้ยฯ ผ่านบัญชีอัตโนมัติ และรับข่าวสารจากบริษัทฯ เพียงระบุหมายเลขโทรศัพท์มือถือ และอีเมลของท่านลงในแบบฟอร์มนี้

วันที่ เดือน ปี

เรียน บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว) บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่
โทรศัพท์บ้าน ที่ทำงาน มือถือ อีเมล

เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยของกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งออกโดย บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัทฯ”) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. กรมธรรม์เลขที่ ชื่อผู้เอาประกันภัย เกี่ยวข้องเป็น
2. กรมธรรม์เลขที่ ชื่อผู้เอาประกันภัย เกี่ยวข้องเป็น
3. กรมธรรม์เลขที่ ชื่อผู้เอาประกันภัย เกี่ยวข้องเป็น

ข้าพเจ้าประสงค์ให้ธนาคารหักบัญชีเงินฝากหรือบัตรเครดิตอัตโนมัติ **ทุกงวด** ตามกรมธรรม์ข้างต้น โดยยินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้

สำหรับชำระค่าเบี้ยประกันภัย อัตโนมัติ (ไปครบทุกปี 1 ประเภทการชำระเท่านั้น)

1. หักบัญชีเงินฝากออมทรัพย์/กระแสรายวัน ธนาคาร สาขา
ชื่อบัญชี เลขที่บัญชี

1.1 ข้าพเจ้ายอมรับว่า (ก) ธนาคารจะหักเงินเบี้ยประกันรายงวดเต็มจำนวนที่ต่อเมื่อเงินในบัญชีมีเพียงพอในขณะนั้นเท่านั้น (ข) หากไม่สามารถหักเงินตามข้อ (ก) ได้ไม่ว่าสาเหตุใดก็ตาม ให้ถือว่ายังไม่มีภาระชำระเบี้ยประกันภัย (ค) หากจำนวนเงินที่บริษัทฯ แจ้งแก่ธนาคารไม่ถูกต้อง แต่ธนาคารได้ทำการหักเงินจากบัญชีดังกล่าวตามจำนวนเงินที่บริษัทฯ แจ้ง แก่ธนาคารไม่ถูกต้อง แต่ธนาคารได้ทำการหักเงินจากบัญชีดังกล่าวตามจำนวนเงินที่บริษัทฯ แจ้ง ข้าพเจ้าตกลงที่จะเรียกร้องเงินจำนวนดังกล่าวจากบริษัทฯ โดยตรงและขอสงวนสิทธิ์ในการเรียกร้องหรือฟ้องร้องให้ธนาคารชดใช้เงินจำนวนนั้น (ง) ธนาคารไม่มีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของจำนวนเงินที่ได้รับแจ้งจากบริษัทฯ (จ) ข้าพเจ้าไม่ประสงค์ให้ธนาคารแจ้งการหักบัญชีแต่อย่างใด เนื่องจากรายการดังกล่าวปรากฏอยู่ในสมุดคู่ฝาก/Statement ของธนาคารหรือเอกสารการรับเบี้ยประกันภัยของบริษัทฯ (ฉ) ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ เรียกเก็บเงินด้วยวิธีหักบัญชีเงินฝากธนาคารตามรอบการชำระของกรมธรรม์ของข้าพเจ้าข้างต้น และกรณีหักบัญชีไม่ผ่าน บริษัทฯ จะทำการส่งข้อมูลให้ธนาคารทำการเรียกเก็บเบี้ยประกันอีกครั้งในทุก 4 วันทำการถัดไป

2. หักบัญชีบัตรเครดิต ธนาคาร/สถาบันออกบัตรเครดิต
หมายเลข เดือน/ปี ที่บัตรหมดอายุ

2.1 ข้าพเจ้ายอมรับว่า (ก) การชำระเบี้ยประกันภัยจะถือว่าชำระเรียบร้อยแล้ว และมิผลให้กรมธรรม์มีผลบังคับใช้เมื่อหักเงินเบี้ยประกันรายงวดเต็มจำนวนจากวงเงินของบัตรเครดิตได้ (ข) หากไม่สามารถหักเงินตามข้อ (ก) ได้ไม่ว่าสาเหตุใดก็ตาม ให้ถือว่ายังไม่มีภาระชำระเบี้ยประกันภัย (ค) หากมีความเสียหายหรือ ความผิดพลาดใดๆ เกิดขึ้นแก่ธนาคารผู้ออกบัตร หรือบริษัทฯ เนื่องมาจากการกระทำใดๆ ของข้าพเจ้า ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายแก่ธนาคารผู้ออกบัตรเครดิต หรือบริษัทฯ ตามความเสียหายที่เกิดขึ้นจริงทุกประการ และ (ง) ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ เรียกเก็บเงินด้วยวิธีหักบัตรเครดิตอัตโนมัติตามรอบการชำระของกรมธรรม์ และกรณีหักบัญชีไม่ผ่าน บริษัทฯ จะทำการส่งข้อมูลเพื่อเรียกเก็บเบี้ยประกันอีกครั้งในทุก 4 วันทำการถัดไป หากบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ หรือบัญชีบัตรเครดิตที่ระบุข้างต้น หรือค่าเบี้ยประกันภัย ได้เปลี่ยนแปลงไม่ว่าโดยสาเหตุใดก็ตามหนังสือแจ้งความประสงค์ฉบับนี้ ยังคงมีผลบังคับใช้กับบัญชีใหม่ หรือค่าเบี้ยประกันภัยที่ได้เปลี่ยนแปลงนั้นๆทุกประการ ทั้งนี้ข้าพเจ้าตกลงสงวนสิทธิ์ยกเลิก/แก้ไข/ลบล้างความยินยอมดังกล่าวจนกว่าความคุ้มครองตามสัญญาประกันภัยของข้าพเจ้า หรืออายุความในการฟ้องคดีสิ้นสุดลง แล้วแต่ระยะเวลาใดสั้นสุดภายหลัง ทั้งนี้ หากมีการเปลี่ยนแปลงเลขที่บัญชีธนาคารหรือเลขที่บัตรเครดิต หรือยกเลิกความยินยอมตามหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้าจะแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรแก่บริษัทฯ และธนาคารล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วัน และให้ถือความยินยอมตามหนังสือฉบับล่าสุดของข้าพเจ้ามีผลบังคับใช้ และยกเลิกความยินยอมเดิมโดยอัตโนมัติ

โปรดแนบสำเนาบัญชีธนาคารฯ และสำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาบัตรเครดิตของท่านพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทุกครั้ง “รับชำระเบี้ย แทนได้เฉพาะ บิดา-มารดา-บุตร/ สามี-ภรรยา”

ลงชื่อ <input type="text"/>	เจ้าของกรมธรรม์ /ผู้เอาประกันภัย	ลงชื่อ <input type="text"/>	เจ้าของบัญชี ผู้ให้ความยินยอม
(<input type="text"/>)		(<input type="text"/>)	
(โปรดเซ็นชื่อให้เหมือนกับลายเซ็นในกรมธรรม์)		(ลายเซ็นตามตัวอย่างที่ให้กับธนาคารหรือให้ไว้ในบัตรเครดิต)	
ลงชื่อ <input type="text"/>	พยาน/ตัวแทน/ นายหน้าประกันชีวิต	ลงชื่อ <input type="text"/>	ผู้มีอำนาจลงนาม
(<input type="text"/>)		ธนาคาร <input type="text"/>	สาขา <input type="text"/>
บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)			

บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) Krungthai-AXA Life Insurance Public Company Limited

เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามา 9 ชั้น 1, 20-27 ถนนพหลโยธิน แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310

9, G Tower Grand Rama 9, Floor 1, 20-27 Rama 9 Road, Huai Khwang, Huai Khwang, Bangkok 10310

โทร. 0 2044 4000 โทรสาร 0 2044 4032 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์/ Customer Center โทร./Tel. 1159 โทรสารบริษัทฯ 0107555000376 www.krungthai-axa.co.th