



บริษัท ชับป์ ไลฟ์ แอสซัวร์ันซ์ จำกัด (มหาชน)

ทะเบียนเลขที่ 0107555000431 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107555000431

130-132 อาคารสินธร ทาวเวอร์ 3 ชั้น 21-22 ถนนวิทยุ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทร. 1283 โทรสาร 0-2675-3818 www.chubb.com/th

หนังสือยินยอมให้ชำระเบี้ยประกันชีวิตผ่านบัตรเครดิต (ใช้ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว)

เลขที่

วันที่ ...../...../.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง / น.ส.....เจ้าของบัตรเครดิต บริษัท / ธนาคาร.....

ประเภทบัตร  VISA  MASTER  JCB  AMEX

หมายเลขบัตรเครดิต ..... เดือน/ปีที่บัตรหมดอายุ

Token Code

กรณีชำระเบี้ยประกันภัยแทนผู้เอาประกันภัย โปรดระบุสถานะความสัมพันธ์:.....(บิดา / มารดา / คู่สมรส / บุตร / พี่น้องร่วมบิดา มารดา)

บัตรประชาชนเลขที่.....ว/ด/ป.เกิด.....สัญชาติ.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน :.....โทรศัพท์.....

ที่อยู่ปัจจุบัน (กรณีไม่ตรงกับทะเบียนบ้าน) .....โทรศัพท์.....

อาชีพ .....สถานที่ทำงาน.....

.....

.....

.....

หมายเหตุ ชำระเบี้ยฯ แทน โปรดแนบหลักฐานแสดงความสัมพันธ์ : บัตรประชาชน / ทะเบียนบ้าน / เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

มีความประสงค์ชำระเบี้ยประกันชีวิตของ.....ไปรับเงินชั่วคราว หรือ

กรมธรรม์เลขที่.....ให้แก่ บริษัท ชับป์ ไลฟ์ แอสซัวร์ันซ์ จำกัด (มหาชน) โดยข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ เรียกเก็บเบี้ยประกันภัยจากบัตร

เครดิตของข้าพเจ้าเป็นจำนวนเงิน .....บาท (.....)

อนึ่ง เป็นที่ตกลงกันว่า หากมีการคืนเงินค่าเบี้ยประกันภัย ให้บริษัทฯ คืนเงินแก่ผู้เอาประกันภัย หรือ ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยในกรณีกรมธรรม์เยาวชน

ลงชื่อ.....เจ้าของบัตรเครดิต ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย / ผู้ชำระเบี้ยฯ

(.....) (.....)

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจจสอบลายเซ็นหลังบัตรเครดิตตัวจริง กรณีตัวแทนระบุรหัสตัวแทน.....

(.....)

บริษัทฯ จะถือว่าได้รับการชำระเบี้ยประกันภัยจากท่าน เมื่อได้รับเงินจากสถาบันการเงินของท่านเรียบร้อยแล้ว