

From:	ชื่อ	Tel:		Fax:	
To:	ชื่อพนักงาน	Tel:	02-667-4227	Fax:	02-241-6869
บริษัท	ANC BROKER	Date:		Ext.	

แบบฟอร์มการชำระค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิต (VISA, MASTER)

Reference No.

ข้อมูลการทำประกัน

ชื่อผู้เอาประกัน..... เบอร์โทร.....
 ยี่ห้อ-รุ่น..... ทะเบียนรถ..... ค่าเบี้ยประกัน.....
 บริษัทประกัน..... เลขรับแจ้ง หรือ เลขกรมธรรม์.....

ชื่อเจ้าของบัตรเป็นชื่อ หรือ นามสกุลเดียวกับผู้เอาประกัน (แบบสำเนาบัตรเครดิต)

ชื่อเจ้าของบัตรเป็นชื่ออื่น (แบบสำเนาบัตรประชาชนพร้อมเซ็นยินยอมให้ชำระค่าเบี้ยประกันรถทะเบียน.....)

ข้าพเจ้าชื่อ นาย/น.ส./นาง นามสกุล (เจ้าของบัตร)
 ที่อยู่ปัจจุบัน
 โทรศัพท์.....ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกัน.....

ประสงค์ขอสมัครทำประกันภัยและขอชำระเงินผ่านบัตรเครดิต

ธนาคาร.....ประเภท VISA MASTER CTB PAYLITE

จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระรวมทั้งสิ้น..... บาท

โดยแบ่งชำระงวด ๆ ละ บาท ชำระทุกวันที่.....

หมายเหตุ.....

ข้าพเจ้าตกลงที่จะชำระค่าเบี้ยประกันภัย ดังกล่าวข้างต้นจากบัญชีบัตรเครดิตของข้าพเจ้า ดังนี้

หมายเลขบัตรเครดิต วันบัตรหมดอายุ (เดือน/ ปี)

□□□□	-	□□□□	-	□□□□	-	□□□□	□□□□
------	---	------	---	------	---	------	------

ข้าพเจ้ารับทราบว่าข้าพเจ้าตกลงยินยอมและผูกพันปฏิบัติตามข้อกำหนดและเงื่อนไขหลักของแผนการชำระผ่านบัตรเครดิตและ/หรือข้อกำหนดและเงื่อนไขใดๆเพิ่มเติมที่ธนาคารแจ้งให้ทราบเป็นครั้งคราวอีกส่วนหนึ่งด้วยข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อกำหนดและเงื่อนไขต่างๆที่ระบุตามสัญญา และ/หรือที่ระบุไว้ในข้อกำหนดและเงื่อนไขเพิ่มเติมอื่นพร้อมกันนี้ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่ปรากฏข้างต้นและข้อความที่ปรากฏในเอกสารต่างๆเป็นความจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลายมือชื่อผู้ถือบัตร (ลายเซ็นให้ตรงกับบัตร)

วันที่ (ว/ด/ป)/...../..... (...../...../.....)

- หมายเหตุ: 1. จำนวนเงินทั้งหมดของเบี้ยประกันภัย จะต้องอยู่ภายใต้วงเงินบัตรเครดิตที่สามารถใช้ได้
 2. ส่งแบบฟอร์มต้นฉบับกลับมายังบริษัทตามชื่อเจ้าหน้าที่และที่อยู่ข้างต้น บริษัทจะจัดส่งกรมธรรม์ให้ทันทีหลังได้รับเงินครบเรียบร้อยแล้ว

สำหรับเจ้าหน้าที่: **แผนกอนุมัติวงเงิน Tel : 02-232-4550 Fax: 02-232-3581**
 4 M รหัส 0419-22446 6 M รหัส 0419-22455 10 M รหัส 0419-22464 Approve Code :.....Date:...../...../..... by :.....