

บริษัท นวกิจประกันภัย จำกัด (มหาชน)

The Navakij Insurance Public Company Limited

100/48-55, 90/3-6 อาคารสาทรนคร ชั้น 26 ถนนสาทรเหนือ แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500 โทร: 0 2636 7900 โทรสาร: 0 2636 7999, www.navakij.co.th
100/48-55, 90/3-6 Sathorn Nakorn Bldg., 26th Flr., North Sathorn Rd., Silom, Bangrak, Bangkok 10500, Thailand Tel: 66(0) 2636 7900 Fax: 66(0) 2636 7999
ทะเบียนเลขที่ บมจ. 0107536000862

หนังสือยินยอมชำระค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัญชีบัตรเครดิต/ LETTER OF CONSENT PERMITTING PREMIUM FROM CREDIT CARD ACCOUNT

โปรดกรอกชื่อ,นามสกุล เป็นภาษาอังกฤษ นาย/Mr. นาง/Mrs. นางสาว/Miss. อื่น ๆ/Title..... วันที่.....

ชื่อ/นามสกุลเจ้าของบัตร..... ชื่อตามหน้าบัตร.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้บริษัท นวกิจประกันภัย จำกัด(มหาชน) หักบัญชีบัตรเครดิตเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัย โดยให้ตัดจากบัญชีบัตรเครดิต

I wish to instruct Navakij Insurance Public Company Limited to make deductions from my Credit Card Account for

วีซ่า:ธนาคาร/VISA:BANK..... มาสเตอร์การ์ด:ธนาคาร/MASTER CARD; BANK.....

หมายเลขบัตร/Card No

บัตรหมดอายุ/Expiry date

ที่อยู่ตามบัตร/Address.....

โทรศัพท์/Tel..... Mobile

เพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัยตามกรมธรรม์เลขที่ / Direct deducting for the premium payment for Policy No.....

ชื่อผู้เอาประกัน/Insure Name.....

จำนวนเงิน/Amount.....บาท/Baht

ลายมือชื่อผู้ถือบัตร / Cardholder's signature

สำหรับเจ้าหน้าที่ /Officer use only

จำนวนเงิน/Amountบาท/Baht รหัสอนุมัติ/Approve Code.....วันที่/Date.....

เจ้าหน้าที่ /Officer.....

คำแนะนำ: วิธีการชำระเงินสำหรับผู้จ่ายเงิน

1. กรอกรายละเอียดลงในหนังสือยินยอมให้หักบัญชีจากบัตรเครดิต / Please complete the letter of consent permitting premium from credit card account
2. ลงลายมือชื่อให้ตรงกับด้านหลังบัตรเครดิตที่ใช้ชำระเงิน/ Signature as shown on your credit card

3. ส่ง ทางโทรสารที่หมายเลข 02 636 8360 / Fax to 02 636 8360 with copy credit card

4. ท่านสามารถติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่คุณวารีย์ , คุณลัดดาวัลย์ , คุณธาริณี , / แผนกการเงิน โทร (02) 664 7733 ต่อ 2596,2579, 2590,
You can contact for more information to Miss Waree , Miss Laddawan , Miss Tharinee / Finance Div Tel (02) 664 7733 Ext. 2596,2579, 2590

บริษัทฯ รับผิดชอบเฉพาะ บัตร VISA & MASTER CARD

- การจ่ายชำระค่าเบี้ยประกันภัยผ่านระบบบัตรเครดิตจะได้รับยกเว้นค่าธรรมเนียมการใช้บัตรเครดิตเมื่อเข้าเงื่อนไข ดังนี้เท่านั้น
ชื่อและนามสกุลผู้เอาประกันภัย,ผู้เอาประกันภัยร่วม หรือนามสกุล ผู้เอาประกันภัย,นามสกุล ผู้เอาประกันภัยร่วม ตามที่ระบุในกรมธรรม์เป็นชื่อและนามสกุลเดียวกับชื่อและนามสกุลเจ้าบัตรเครดิต
- การชำระเบี้ยประกันภัยตามเอกสารฉบับนี้จะมีผลสมบูรณ์ เมื่อบริษัทฯ ได้รับเงินจากธนาคารตามบัญชีบัตรเครดิตของท่านเรียบร้อยแล้ว
- บริษัทฯ จะจัดส่งกรมธรรม์,ใบกำกับภาษีและใบเสร็จรับเงินให้ท่าน ทางไปรษณีย์
- โปรดดำเนินการ ตามคำแนะนำ: วิธีการชำระเงินสำหรับผู้จ่ายเงิน และส่งข้อมูลของท่าน ตามช่องทางที่ระบุไว้ในหนังสือยินยอมฯ นี้ เท่านั้น

ลายเซ็น AO

วัน / เดือน / ปี