บริษัท ชับบ์ ไลฟ์ แอสชัวรันซ์ จำกัด (มหาชน)
เลขทะเบียนบริษัท/เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107555000431
130-132 อาคารสินธร ทาวเวอร์ 1 ชั้น 11-12 ถนนวิทยุ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์ : +662 615 6868 โทรสาร : +662 675 3821 www.chubb.com/th

CHUBB

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.....ใบรับเงินชั่วคราว หรือ กรมธรรม์เลขที่.....ให้แก่ บริษัท ชับบ์ ไลฟ์ แอสชัวรันซ์ จำกัด (มหาชน) โดยข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ เรียกเก็บเบี้ยประกันภัยจากบัตรเครดิตของข้าพเจ้าเป็นจำนวนเงิน .....บาท (.....)

อนึ่ง เป็นที่ตกลงกันว่า หากมีการคืนเงินค่าเบี้ยประกันภัย ให้บริษัทฯ คืนเงินแก่ผู้เอาประกันภัย หรือ ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยในกรณีกรมธรรม์เยาวชน

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

( ) ( )

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบลายเซ็นหลังบัตรเครดิตตัวจริง กรณีตัวแทนระบุรหัสตัวแทน.....

( )

บริษัทฯ จะถือว่าได้รับการชำระเบี้ยประกันภัยจากท่าน เมื่อได้รับเงินจากสถาบันการเงินของท่านเรียบร้อยแล้ว

สำหรับ : บริษัทฯ / ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย