



ข้าพเจ้า นาย นาง นางสาว อื่น ๆ _____ ชื่อ-สกุล _____
 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ _____

โทรศัพท์ _____ มือถือ _____ อีเมล _____

ในฐานะ ผู้เอาประกันภัย / ผู้ขอเอาประกันภัย
 ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีระบุความสัมพันธ์) บิดา / มารดา สามี / ภรรยา บุตร อื่น ๆ (ระบุ) _____

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ชำระเบี้ยประกันภัยให้กับบริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ตามกรมธรรม์ประกันภัย / ใบคำขอ
 เลขที่ _____ ชื่อผู้เอาประกันภัย / ผู้ขอเอาประกันภัย _____

ชำระเบี้ยประกันภัยราย 12 เดือน 6 เดือน 3 เดือน 1 เดือน ด้วยช่องทางหนึ่งช่องทางใด ดังนี้
 หักบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า ธนาคาร _____ สาขา _____

เลขที่บัญชี _____ บัญชีเงินฝากประเภท ออมทรัพย์ กระแสรายวัน

สมัครงานเครื่อง ATM / Internet Banking กรุณาทำการสมัครงานภายใน 7 วัน นับแต่ยื่นเอกสารแบบขอชำระเบี้ยประกันภัย ฯ เรียบร้อยแล้ว
 หากเกินระยะเวลาที่กำหนดถือว่าลูกค้าไม่ประสงค์ชำระเบี้ยประกันภัยโดยหักบัญชีเงินฝากธนาคารอัตโนมัติ ตามแบบขอชำระ
 เบี้ยประกันภัยนี้ โดยลูกค้ายังคงมีหน้าที่ชำระเบี้ยประกันภัยให้แก่บริษัทตามวิธีการชำระเบี้ยประกันภัยเดิม (ท่านจะได้รับผลการพิจารณา
 จากธนาคาร 3 วันทำการ)

โดยขอให้หักบัญชีเงินฝากอัตโนมัติทุกวันที่ วันที่ 15 วันทำการสุดท้ายของเดือนที่ถึงกำหนดชำระเบี้ยประกันภัย

หักบัตรเครดิตของข้าพเจ้า ประเภทบัตร Visa Master Card บริษัท / ธนาคารผู้ออกบัตร _____

หมายเลขบัตรเครดิต บัตรหมดอายุ
 Credit Card No. Expiry Date

ชื่อผู้ถือบัตร (ภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่ตรงกับหน้าบัตร) Cardholder's name (AS shown on Credit Card)

โดยขอให้หักบัตรเครดิตตามวันที่ถึงกำหนดชำระเบี้ยประกันภัย

ขอหักชำระเบี้ยประกันภัย งวดแรก งวดต่อไปทุกงวด งวดเดียว (ระบุงวดที่ _____)

ทั้งนี้ เฉพาะการชำระเบี้ยประกันภัยราย 1 เดือน และ 3 เดือน ข้าพเจ้าขอให้บริษัท ฯ

- แจ้งผลการชำระเบี้ยประกันภัยผ่านทาง SMS ตามเบอร์โทรศัพท์ที่ให้ไว้กับบริษัท ฯ ทุกครั้งที่มีการชำระเบี้ยประกันภัย และ
- นำส่งใบเสร็จรับเงินเบี้ยประกันภัยของทุกงวดที่มีการชำระ ภายในเดือนมกราคมของปีถัดไปให้แก่ข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าตกลงและยอมรับว่า หากไม่สามารถหักบัญชีเงินฝาก หรือหักบัตรเครดิตตามเงื่อนไขที่ระบุไว้ข้างต้นได้ ไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใด
 ก็ตามให้ถือเสมือนหนึ่งว่าข้าพเจ้ายังไม่ได้ชำระเบี้ยประกันภัยตามกรมธรรม์ประกันภัยดังกล่าวข้างต้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการตามความประสงค์ของข้าพเจ้า

ลงชื่อ _____ ผู้เอาประกันภัย
 (_____)

ลายมือชื่อตามใบคำขอเอาประกัน

วันที่ _____ เดือน _____ ปี _____

ลงชื่อ _____ เจ้าของบัญชี / บัตรเครดิต
 (_____)

ลายมือชื่อตามบัญชีเงินฝากธนาคาร หรือตามบัตรเครดิต

วันที่ _____ เดือน _____ ปี _____

สำหรับเจ้าหน้าที่

ผ่าน
 กรณีแสดงความประสงค์หักบัญชีบัตรเครดิต ไม่ผ่าน

ลงชื่อ _____ ผู้ตรวจสอบ
 (_____)

วันที่ _____ เดือน _____ ปี _____

สำหรับตัวแทน

ลายมือชื่อตัวแทนประกันชีวิต

ชื่อ-สกุล _____

รหัส _____

วันที่ _____ เดือน _____ ปี _____