

**บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)**

เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามา 9 ชั้น 1, 20-27
 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
 โทร. 0 2044 4000 โทรสาร 0 2044 4032 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159
 ทะเบียนเลขที่ 0107555000376 www.krungthai-axa.co.th

หนังสือยินยอม หักค่าเบี้ยประกันอัตโนมัติ

ท่านจะรู้ผลหักค่าเบี้ยฯ ผ่านบัญชีอัตโนมัติ และรับข่าวสารจากบริษัทฯ เพียงระบุหมายเลขโทรศัพท์มือถือ และอีเมลของท่านลงในแบบฟอร์มนี้

วันที่ เดือน ปี

เรียน บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว) บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่
 โทรศัพท์บ้าน ที่ทำงาน มือถือ อีเมล

เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยของกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งออกโดย บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัทฯ”) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้
 กรมธรรม์เลขที่ ชื่อผู้เอาประกันภัย เกี่ยวข้องเป็น
 ข้าพเจ้าประสงค์ให้ธนาคารหักบัญชีเงินฝากหรือบัตรเครดิตอัตโนมัติทุกงวด ตามกรมธรรม์ข้างต้น โดยยินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้

สำหรับชำระค่าเบี้ยประกันภัย อัตโนมัติ (โปรดระบุเพียง 1 ประเภทการชำระเท่านั้น)

1. หักบัญชีเงินฝากออมทรัพย์/กระแสรายวัน ธนาคาร สาขา
 ชื่อบัญชี เลขที่บัญชี

1.1 ข้าพเจ้ายอมรับว่า (ก) ธนาคารจะหักเงินเบี้ยประกันรายงวดเต็มจำนวนก็ต่อเมื่อเงินในบัญชีมีเพียงพอในขณะนั้นเท่านั้น (ข) หากไม่สามารถหักเงินตามข้อ (ก) ได้
 ไม้ว่าสาเหตุใดก็ตาม ให้ถือว่ายังไม่มีการชำระเบี้ยประกันภัย (ค) หากจำนวนเงินที่บริษัท ฯ แจ้งแก่ธนาคารไม่ถูกต้อง แต่ธนาคารได้ทำการหักเงินจากบัญชีดังกล่าว
 ตามจำนวนเงินที่บริษัท ฯ แจ้ง ข้าพเจ้าตกลงที่จะเรียกร้องเงินจำนวนดังกล่าวจากบริษัท ฯ โดยตรงและขอสงวนสิทธิ์ในการเรียก ร้องหรือฟ้องร้องให้ธนาคารชดใช้
 เงินจำนวนนั้น (ง) ธนาคารไม่มีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของจำนวนเงินที่ได้รับแจ้งจากบริษัท ฯ (จ) ข้าพเจ้าไม่ประสงค์ให้ธนาคารแจ้งการหักบัญชีแต่อย่างใด
 เนื่องจากรายการดังกล่าวปรากฏอยู่ในสมุดคู่ฝาก/Statement ของธนาคารหรือเอกสารการรับเบี้ย ประกันภัยของบริษัท ฯ (ฉ) ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ฯ เรียก
 เก็บเงินด้วยวิธีหักบัญชีเงินฝากธนาคารตามรอบการชำระของกรมธรรม์ของข้าพเจ้าข้างต้น และกรณีหักบัญชีไม่ผ่าน บริษัท ฯ จะทำการส่งข้อมูลให้ธนาคาร
 ทำการเรียกเก็บเบี้ยประกันอีกครั้งในทุก 4 วันทำการถัดไป

2. หักบัญชีบัตรเครดิต ธนาคาร/สถาบันออกบัตรเครดิต
 หมายเลข เดือน/ปี ที่บัตรหมดอายุ

2.1 ข้าพเจ้ายอมรับว่า (ก) การชำระเบี้ยประกันภัยจะถือว่าชำระเรียบร้อยแล้ว และมีผลให้กรมธรรม์มีผลบังคับใช้ก็ต่อเมื่อหักเงินเบี้ยประกันรายงวดเต็มจำนวน จากวงเงิน
 ของบัตรเครดิตได้ (ข) หากไม่สามารถหักเงินตามข้อ (ก) ได้ไม่ว่าสาเหตุใดก็ตาม ให้ถือว่ายังไม่มีการชำระเบี้ยประกันภัย (ค) หากมีความเสียหาย หรือ ความผิด
 พลาดใด ๆ เกิดขึ้นแก่ธนาคารผู้ออกบัตร หรือบริษัท ฯ เนื่องจากเหตุการณ์ใดๆ ของข้าพเจ้า ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบค่าใช้จ่าย หายแก่ธนาคารผู้ออกบัตรเครดิต
 หรือบริษัท ฯ ตามความเสียหายที่เกิดขึ้นจริงทุกประการ (ง) ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ฯ เรียกเก็บเงินด้วยวิธีหัก บัตรเครดิตอัตโนมัติตามรอบการชำระของ
 กรมธรรม์ และกรณีหักบัญชีไม่ผ่าน บริษัท ฯ จะทำการส่งข้อมูลเพื่อเรียกเก็บเบี้ยประกันอีกครั้งในทุก 4 วัน ทำการถัดไป หากบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ หรือบัญชี
 บัตรเครดิตที่ระบุข้างต้น หรือค่าเบี้ยประกันภัย ได้เปลี่ยนแปลงไม่ว่าโดยสาเหตุใดก็ตามหนังสือ แจ้งความประสงค์ฉบับนี้ ยังคงมีผลบังคับใช้กับบัญชีใหม่ หรือ
 ค่าเบี้ยประกันภัยที่ได้เปลี่ยนแปลงนั้นๆทุกประการ ทั้งนี้ข้าพเจ้าตกลงสงวนสิทธิ์ยกเลิก / แก้ไข / ลบล้างความยินยอมดังกล่าวจนกว่าความคุ้มครองตามสัญญา
 ประกันภัยของข้าพเจ้า หรืออายุความในการฟ้องคดีสิ้นสุดลง แล้วแต่ระยะเวลา ไດสิ้นสุดภายหลัง ทั้งนี้ หากมีการเปลี่ยนแปลงเลขที่บัญชีธนาคารหรือเลขที่บัตร
 เครดิต หรือยกเลิกความยินยอมตามหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้าจะแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรแก่บริษัท ฯ ล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วัน และให้ถือความยินยอมตามหนังสือ
 ฉบับล่าสุดของข้าพเจ้ามีผลบังคับใช้ และยกเลิก ความยินยอมเดิมโดยอัตโนมัติ (จ) ข้าพเจ้ายอมรับและยืนยันว่าข้าพเจ้าเป็นเจ้าของบัตรเครดิตที่ทำรายการชำระ
 หรือเป็นผู้ชำระแทนในกรณีผู้เยาว์ ทั้งนี้ ข้าพเจ้าจะไม่ปฏิเสธการรายการที่เกิดขึ้นในทุกกรณีกับธนาคารเจ้าของบัตร และหากพบข้อผิดพลาดหรือต้องการขอเงิน
 คืน ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ติดต่อไปยังบริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) โดยตรง

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อมูลหมายเลขบัญชีเงินฝาก และหรือ หมายเลขบัตรเครดิตของข้าพเจ้าให้แก่ธนาคารเจ้าของบัญชี เพื่อ
 วัตถุประสงค์ในการหักชำระค่าเบี้ยประกันภัยของข้าพเจ้าเพื่อชำระให้แก่บริษัท ฯ ภายใต้เงื่อนไขของกรมธรรม์

โปรดแนบสำเนาบัญชีธนาคาร ฯ และสำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาบัตรเครดิตของท่านพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทุกครั้ง
 “รับชำระเบี้ย แทนได้เฉพาะ บิตา-มารดา-บุตร/ สามี-ภรรยา”

ลงชื่อ <input type="text"/> (<input type="text"/>) (โปรดเซ็นชื่อให้เหมือนกับลายเซ็นในกรมธรรม์)	เจ้าของกรมธรรม์ /ผู้เอาประกันภัย	ลงชื่อ <input type="text"/> (<input type="text"/>) (ลายเซ็นตามตัวอย่างที่ให้กับธนาคารหรือให้ไว้ในบัตรเครดิต)	เจ้าของบัญชี ผู้ให้ความยินยอม
ลงชื่อ <input type="text"/> (<input type="text"/>)	พยาน/ตัวแทน/ นายหน้าประกันชีวิต	ลงชื่อ <input type="text"/> ธนาคาร <input type="text"/> สาขา <input type="text"/>	ผู้มีอำนาจลงนาม

**บริษัท กรุงเทพ-เอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)**

เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามา 9 ชั้น 1, 20-27

ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310

โทร. 0 2044 4000 โทรสาร 0 2044 4032 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159

ทะเบียนเลขที่ 0107555000376 www.krungthai-axa.co.th

**หนังสือยินยอม
หักค่าเบี้ยประกันอัตโนมัติ**

ท่านจะรู้ผลหักค่าเบี้ยฯ ผ่านบัญชีอัตโนมัติ และรับข่าวสารจากบริษัทฯ เพียงระบุหมายเลขโทรศัพท์มือถือ และอีเมลของท่านลงในแบบฟอร์มนี้

วันที่ เดือน ปี **เรียน บริษัท กรุงเทพ-เอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)**ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว) บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ โทรศัพท์บ้าน ที่ทำงาน มือถือ อีเมล **เป็นผู้ชำระเบี้ยประกัน**ของกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งออกโดย บริษัท กรุงเทพ-เอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัทฯ”) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้กรมธรรม์เลขที่ ชื่อผู้เอาประกันภัย เกี่ยวข้องเป็น ข้าพเจ้าประสงค์ให้ธนาคารหักบัญชีเงินฝากหรือบัตรเครดิตอัตโนมัติ**ทุกงวด** ตามกรมธรรม์ข้างต้น โดยยินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้**สำหรับชำระค่าเบี้ยประกันภัย อัตโนมัติ (โปรดระบุเพียง 1 ประเภทการชำระเท่านั้น)**1. หักบัญชีเงินฝากออมทรัพย์/กระแสรายวัน ธนาคาร สาขา
ชื่อบัญชี เลขที่บัญชี

1.1 ข้าพเจ้ายอมรับว่า (ก) ธนาคารจะหักเงินเบี้ยประกันรายงวดเต็มจำนวนก็ต่อเมื่อเงินในบัญชีมีเพียงพอในขณะนั้นเท่านั้น (ข) หากไม่สามารถหักเงินตามข้อ (ก) ได้ ไม่ว่าสาเหตุใดก็ตาม ให้ถือว่ายังไม่มีการชำระเบี้ยประกันภัย (ค) หากจำนวนเงินที่บริษัท ฯ แจ้งแก่ธนาคารไม่ถูกต้อง แต่ธนาคารได้ทำการหักเงินจากบัญชีดังกล่าวตามจำนวนเงินที่บริษัท ฯ แจ้ง ข้าพเจ้าตกลงที่จะเรียกร้องเงินจำนวนดังกล่าวจากบริษัท ฯ โดยตรงและขอสงวนสิทธิ์ในการเรียก ร้องหรือฟ้องร้องให้ธนาคารชดเชยเงินจำนวนนั้น (ง) ธนาคารไม่มีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของจำนวนเงินที่ได้รับแจ้งจากบริษัท ฯ (จ) ข้าพเจ้าไม่ประสงค์ให้ธนาคารแจ้งการหักบัญชีแต่อย่างใด เนื่องจากรายการดังกล่าวปรากฏอยู่ในสมุดคู่ฝาก/Statement ของธนาคารหรือเอกสารการรับเบี้ย ประกันภัยของบริษัท ฯ (ฉ) ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ฯ เรียกเก็บเงินด้วยวิธีหักบัญชีเงินฝากธนาคารตามรอบการชำระของกรมธรรม์ของข้าพเจ้าข้างต้น และกรณีหักบัญชีไม่ผ่าน บริษัท ฯ จะทำการส่งข้อมูลให้ธนาคารทำการเรียกเก็บเบี้ยประกันอีกครั้งในทุก 4 วันทำการถัดไป

2. หักบัญชีบัตรเครดิต ธนาคาร/สถาบันออกบัตรเครดิต
หมายเลข เดือน/ปี ที่บัตรหมดอายุ

2.1 ข้าพเจ้ายอมรับว่า (ก) การชำระเบี้ยประกันภัยจะถือว่าชำระเรียบร้อยแล้ว และมีผลให้กรมธรรม์มีผลบังคับใช้ก็ต่อเมื่อหักเงินเบี้ยประกันรายงวดเต็มจำนวน จากวงเงินของบัตรเครดิตได้ (ข) หากไม่สามารถหักเงินตามข้อ (ก) ได้ ไม่ว่าสาเหตุใดก็ตาม ให้ถือว่ายังไม่มีการชำระเบี้ยประกันภัย (ค) หากมีความเสียหาย หรือ ความผิดพลาดใด ๆ เกิดขึ้นแก่ธนาคารผู้ออกบัตร หรือบริษัท ฯ เนื่องจากเหตุการณ์ใดๆ ของข้าพเจ้า ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบค่าใช้จ่าย หายแก่ธนาคารผู้ออกบัตรเครดิต หรือบริษัท ฯ ตามความเสียหายที่เกิดขึ้นจริงทุกประการ (ง) ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ฯ เรียกเก็บเงินด้วยวิธีหัก บัตรเครดิตอัตโนมัติตามรอบการชำระของกรมธรรม์ และกรณีหักบัญชีไม่ผ่าน บริษัท ฯ จะทำการส่งข้อมูลเพื่อเรียกเก็บเบี้ยประกันอีกครั้งในทุก 4 วัน ทำการถัดไป หากบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ หรือบัญชีบัตรเครดิตที่ระบุข้างต้น หรือค่าเบี้ยประกันภัย ได้เปลี่ยนแปลงไม่ว่าโดยสาเหตุใดก็ตามหนังสือ แจ้งความประสงค์ฉบับนี้ ยังคงมีผลบังคับใช้กับบัญชีใหม่ หรือค่าเบี้ยประกันภัยที่ได้เปลี่ยนแปลงนั้นๆทุกประการ ทั้งนี้ข้าพเจ้าตกลงสงวนสิทธิ์ยกเลิก / แก้ไข / ลบล้างความยินยอมดังกล่าวจนกว่าความคุ้มครองตามสัญญาประกันภัยของข้าพเจ้า หรืออายุความในการฟ้องคดีสิ้นสุดลง แล้วแต่ระยะเวลา ไດสิ้นสุดภายหลัง ทั้งนี้ หากมีการเปลี่ยนแปลงเลขที่บัญชีธนาคารหรือเลขที่บัตรเครดิต หรือยกเลิกความยินยอมตามหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้าจะแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรแก่บริษัท ฯ ล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วัน และให้ถือความยินยอมตามหนังสือฉบับล่าสุดของข้าพเจ้ามีผลบังคับใช้ และยกเลิก ความยินยอมเดิมโดยอัตโนมัติ (จ) ข้าพเจ้ายอมรับและยืนยันว่าข้าพเจ้าเป็นเจ้าของบัตรเครดิตที่ทำรายการชำระหรือเป็นผู้ชำระแทนในกรณีผู้เยาว์ ทั้งนี้ ข้าพเจ้าจะไม่ปฏิเสธการรายการที่เกิดขึ้นในทุกกรณีกับธนาคารเจ้าของบัตร และหากพบข้อผิดพลาดหรือต้องการขอเงินคืน ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ติดต่อไปยังบริษัท กรุงเทพ-เอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) โดยตรง

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อมูลหมายเลขบัญชีเงินฝาก และหรือ หมายเลขบัตรเครดิตของข้าพเจ้าให้แก่ธนาคารเจ้าของบัญชี เพื่อวัตถุประสงค์ในการหักชำระค่าเบี้ยประกันภัยของข้าพเจ้าเพื่อชำระให้แก่บริษัท ฯ ภายใต้เงื่อนไขของกรมธรรม์

โปรดแนบสำเนาบัญชีธนาคาร ฯ และสำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาบัตรเครดิตของท่านพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทุกครั้ง
“รับชำระเบี้ย แทนได้เฉพาะ บิดา-มารดา-บุตร/ สามเณร-ภรรยา”ลงชื่อ
()
(โปรดเซ็นชื่อให้เหมือนกับลายเซ็นในกรมธรรม์)เจ้าของกรมธรรม์
/ผู้เอาประกันภัยลงชื่อ
()
(ลายเซ็นตามตัวอย่างที่ให้กับธนาคารหรือให้ไว้ในบัตรเครดิต)เจ้าของบัญชี
ผู้ให้ความยินยอมลงชื่อ
()พยาน/ตัวแทน/
นายหน้าประกันชีวิตลงชื่อ
ธนาคาร สาขา

ผู้มีอำนาจลงนาม