Allianz C.P.

หนังสือยินยอมให้เรียกเก็บค่าเบี้ยประกันภัยจากบัตรเครดิต

วันที่.....

ข้าพเจ้า ชื่อ-สกุลภาษาไทย	ชื่อ-สกุลภาษาอังกฤษ (ตัวพิมพ์ใหญ่ตรงกับที่ให้ไว้กับผู้ออกบัตร)

หมายเลขโทรศัพท์ (มือถือ).....(ที่ทำงาน).....

ผู้ถือบัตรเครดิตเลขที่ [ ][ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ] บัตรหมดอายุ [ ][ ]/[ ][ ]

ประเภทบัตรเครดิต VISA MasterCard ผู้ออกบัตร.....

มีความประสงค์จะชำระเบี้ยประกันภัยของข้าพเจ้า หรือผู้เอาประกันภัยชื่อ.....

กรมธรรม์เลขที่.....

จำนวนเงิน.....บาท (.....)

แก่ **บริษัท อลิอันซ์ ซี.พี.ประกันภัย จำกัด** โดยข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ แจ้งข้อมูลไปยังผู้ออกบัตรเครดิตเพื่อเรียกเก็บค่าเบี้ยประกันภัยจากบัตรเครดิตข้างต้นได้ ทั้งนี้ ตามวิธีการที่บริษัทฯ จะได้ทำความตกลงกับผู้ออกบัตรเครดิต เช่น เรียกเก็บ ในวันที่ 15 (หรือวันทำการถัดไปหากวันที่ 15 ตรงกับวันหยุด)ของเดือนถัดจากเดือนที่พิมพ์กรมธรรม์ข้างต้น หากบริษัทฯ ไม่สามารถเรียกเก็บค่าเบี้ยประกันภัยตามวิธีการดังกล่าวได้ ข้าพเจ้ายินยอมชำระค่าเบี้ยประกันภัยเป็นเงินสด หรือให้บริษัทฯ สามารถรับชำระค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิตได้ทันที ซึ่งบริษัทฯ จะถือว่าได้รับชำระเบี้ยประกันภัยจากท่าน ก็ต่อเมื่อบริษัทฯ ได้รับเงินครบถ้วนเรียบร้อยแล้ว

สำหรับเจ้าหน้าที่ :	
ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ *( ) วันที่.....*	ลงชื่อ..... เจ้าของบัตรผู้ให้ความยินยอม (ลายเซ็นตามตัวอย่างที่ให้ไว้ในบัตรเครดิต)

โปรดลงนาม และส่งคืน บริษัท อลิอันซ์ ซี.พี.ประกันภัย จำกัด เลขที่ 313 อาคาร ซี.พี.ทาวเวอร์ ชั้น 19 ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500
หรือที่หมายเลขโทรสาร 0-2638-9040 สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมติดต่อ “ศูนย์บริการลูกค้าสัมพันธ์” หมายเลขโทรศัพท์ 0-2638-9000