บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามา 9 ชั้น 1, 22-27
ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159 ทะเบียนเลขที่ 0107555000376
www.krungthai-axa.co.th

แบบฟอร์มขอยกเลิกการปฏิเสธรายการ และยินยอมชำระเงินกับธนาคารผู้ออกบัตรเครดิต

วันที่ ____ / ____ / ____
เขียนที่ ____

เรียน บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

ข้าพเจ้า ____ บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ ____
หมายเลขโทรศัพท์มือถือ ____ อีเมล ____ เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยของกรมธรรม์ประกันภัย
ซึ่งออกโดย บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัทฯ”) กรมธรรม์เลขที่ ____
ชื่อผู้เอาประกัน ____ เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าเป็น ____
มีความประสงค์ขอยกเลิกการปฏิเสธรายการและยินยอมชำระเงินให้กับธนาคารผู้ออกบัตรเครดิต โดยมีรายละเอียด บัตรเครดิตธนาคาร ____
หมายเลขบัตร ____-____-____-____ ตัดบัตรวันที่ ____ จำนวนเงิน ____ บาท
จำนวนเงินเป็นตัวอักษร(____)

ข้าพเจ้าเข้าใจและยินยอมชำระเงินให้กับธนาคารผู้ออกบัตรเครดิต และขอยืนยันว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงและเป็นไปตามความประสงค์ของข้าพเจ้าทุกประการ และจะไม่เรียกร้อง ฟ้องร้อง หรือดำเนินการใดๆ กับบริษัทฯ หลังจากที่ข้าพเจ้าได้ลงนามในหนังสือฉบับนี้

ลงชื่อ ____
(____)
พยาน/ตัวแทน
เบอร์ติดต่อ ____

ลงชื่อ ____
(____)
ผู้ถือบัตรเครดิต
เบอร์ติดต่อ ____

หมายเหตุ เอกสารในขอยกเลิกการปฏิเสธรายการและยินยอมชำระเงินให้กับธนาคารผู้ออกบัตรเครดิต มีดังนี้

1. สำเนาบัตรประชาชนพร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง (ของผู้ถือบัตรเครดิต)
2. สำเนาบัตรเครดิตพร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง (ถ้ามี)

***กรุณาปิดเลข CVV ทุกครั้งก่อนนำส่งเอกสาร สำเนา หรือรูปภาพที่มีเลข CVV มายังบริษัทฯ