



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

แบบฟอร์มขอดำเนินการ เกี่ยวกับการชำระเบี้ยประกันภัย

วันที่
เขียนที่

เรียน บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

ข้อมูลผู้เอาประกันภัย

ข้าพเจ้า (ชื่อ-นามสกุล) กรมธรรม์เลขที่
เลขบัตรประจำตัวประชาชน/เลขที่หนังสือเดินทาง
เบอร์โทรศัพท์ อีเมล

ข้อมูลการชำระเงิน

☐ ชำระเงินด้วยตนเอง ☐ บุคคลอื่นเป็นผู้ชำระเงิน (โปรดระบุข้อมูลผู้ชำระเงิน)

ผู้ชำระเงิน (ชื่อ-นามสกุล) เกี่ยวข้องเป็น
เลขบัตรประจำตัวประชาชน/เลขที่หนังสือเดินทาง
เบอร์โทรศัพท์ อีเมล

โดยทำรายการชำระผ่านช่องทาง

☐ เงินสด/โอนเงินผ่านธนาคาร (ระบุชื่อบัญชี)
☐ บัตรเครดิต หมายเลข
☐ ชื่อนำบัตรเครดิต วันหมดอายุบัตร
☐ อื่น ๆ โปรดระบุ
☐ วัน/เดือน/ปีที่ทำรายการ จำนวนเงิน บาท
☐ เลขที่อ้างอิง 1 (Ref.1)ระบุ เลขที่อ้างอิง 2 (Ref.2) ระบุ

วัตถุประสงค์ขอดำเนินการเกี่ยวกับการชำระเบี้ยประกันภัย ให้กับกรมธรรม์เลขที่ (โปรดระบุ)

☐ ชำระค่าเบี้ยประกันภัย งวดการชำระ วันที่
☐ ชำระค่าหนี้สินตามกรมธรรม์ (Loan/ Repayment loan)
☐ ชำระเงินเพื่อต่ออายุกรมธรรม์ / เพิ่ม / ลดทุนกรมธรรม์
☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ)

เอกสารที่ต้องแนบเพื่อประกอบการพิจารณา

- แบบฟอร์มขอดำเนินการเกี่ยวกับการชำระเบี้ยประกันภัย
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัยและผู้ชำระเงิน
- หลักฐานการชำระเงิน เช่น สลิปการโอนเงิน, สลิปบัตรเครดิต (สำเนานำบัตรเครดิตกรณีชำระด้วยบัตรเครดิต)
- ใบรับเงินชั่วคราว (ถ้ามี)
- หลักฐานแสดงความสัมพันธ์ เช่น สำเนาทะเบียนบ้าน หรือสูติบัตร, เอกสารเปลี่ยนชื่อ-นามสกุล

** (กรณีที่ผู้ชำระเงินและผู้เอาประกันภัยไม่ใช่บุคคลเดียวกันต้องแสดงเอกสารพิสูจน์ความสัมพันธ์ทุกครั้ง)

ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทฯ จะเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ข้าพเจ้าให้ไว้ข้างต้นเพื่อประกอบการตรวจสอบและพิจารณาขอดำเนินการเกี่ยวกับการชำระเบี้ยประกันภัยกับทางบริษัทฯ ตามวัตถุประสงค์ที่ขอฉบับนี้ และสามารถอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ ได้ที่ <https://www.krungthai-axa.co.th/th/compliance/privacy-policy>

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงและเป็นไปตามความประสงค์ของข้าพเจ้าทุกประการ และจะไม่เรียกร้อง ฟ้องร้อง ปฏิเสธรายการ หรือดำเนินการใด ๆ อันเป็นผลเสียหรือก่อให้เกิดความเสียหายต่อบริษัทฯ หลังจากที่ข้าพเจ้าได้ลงนามในหนังสือฉบับนี้

ลงชื่อ
()
(ผู้เอาประกันภัย / เจ้าของกรมธรรม์)
วันที่

ลงชื่อ
()
(ผู้ชำระเงิน)
วันที่

