



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

แบบฟอร์มยืนยันความสัมพันธ์
และขอชำระเบี้ยให้บุคคลที่สาม

วันที่ / /
เขียนที่

เรียน บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

ข้าพเจ้า (ชื่อ-นามสกุล) หมายเลขโทรศัพท์มือถือ
อีเมล มีความประสงค์เป็นผู้ชำระเบี้ยให้กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่
ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย โดยข้าพเจ้าขอยืนยันความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัยเป็น
แต่ไม่มีเอกสารพิสูจน์ความสัมพันธ์หรือเอกสารทางธุรกรรมร่วมกัน
☐ พร้อมกันนี้ได้แนบ สำเนาบัตรประชาชนพร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง ทั้งของผู้ชำระเบี้ย และ/หรือของผู้เอาประกันภัย
เพื่อเป็นหลักฐานสำคัญในการพิจารณาอนุมัติ

☐ เช็คนาคาร สาขา เลขที่ ลงวันที่ / /
พร้อมแนบ สำเนาหน้าเช็ค
☐ บัตรเครดิต** เลขที่ ------- วันที่หมดอายุ /
☐ หักอัตโนมัติด้วยบัญชีธนาคาร สาขา เลขที่
☐ หักอัตโนมัติด้วยบัตรเครดิต** เลขที่ ------- วันที่หมดอายุ /
เป็นจำนวนเงิน บาท จำนวนเงินเป็นตัวอักษร ()
**** พร้อมแนบ สำเนาบัตรเครดิต พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง ***กรุณาปิดเลข CVV ทุกครั้งก่อนนำส่งกรณีใช้บัตรเครดิต**

ข้าพเจ้าเข้าใจและยินยอมชำระเงินให้กับผู้เอาประกันภัย และขอยืนยันว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงและเป็นไปตามความประสงค์ของข้าพเจ้าทุกประการ
และจะไม่เรียกร้อง ฟ้องร้อง ปฏิเสธรายการ หรือดำเนินการใดๆ กับบริษัทฯ หลังจากข้าพเจ้าได้ลงนามในหนังสือฉบับนี้

ลงชื่อ
()
ผู้เอาประกันภัย

ลงชื่อ
()
ผู้ชำระเบี้ย

