



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

หนังสือยินยอมหักค่าเบี้ยประกัน
อัตโนมัติผ่านบัญชีเงินฝาก



ท่านจะรู้ผลหักค่าเบี้ย ๑ ผ่านบัญชีอัตโนมัติ และรับข่าวสารจากบริษัท ๑ 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 - (ระบุเพียง 1 กรมธรรม์เท่านั้น)

ชื่อผู้เอาประกันภัย เกี่ยวข้องเป็น

ข้าพเจ้าประสงค์ให้ธนาคารหักบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า ๑ เพื่อชำระเงินตามกรมธรรม์ข้างต้น โดยยินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้

สำหรับชำระค่าเบี้ยประกันภัย อัตโนมัติ ผ่านหักบัญชีธนาคารเงินฝาก

1. หักบัญชีเงินฝากประเภท ☐ ออมทรัพย์ ☐ กระแสรววน ธนาคาร สาขา
ชื่อบัญชี เลขที่บัญชี

ข้าพเจ้ายอมรับว่า

- (ก) ธนาคารจะหักเงินเบี้ยประกันรายงวดเต็มจำนวนก็ต่อเมื่อเงินในบัญชีมีเพียงพอในขณะนั้นเท่านั้น
- (ข) หากไม่สามารถหักเงินตามข้อ (ก) ได้ไม่ว่าสาเหตุใดก็ตาม ให้ถือว่ายังไม่มีภาระชำระเบี้ยประกันภัย
- (ค) หากมีความเสียหาย หรือ ความผิดพลาดใด ๆ เกิดขึ้นแก่ธนาคาร หรือบริษัท ๑ เนื่องมาจากการกระทำใด ๆ ของข้าพเจ้า ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายแก่ธนาคาร หรือบริษัท ๑ ตามความเสียหายที่เกิดขึ้นจริงทุกประการ
- (ง) หากจำนวนเงินที่บริษัท ๑ แจ้งแก่ธนาคารไม่ถูกต้อง แต่ธนาคารได้ทำการหักเงินจากบัญชีดังกล่าวตามจำนวนเงินที่บริษัท ๑ แจ้ง ข้าพเจ้าตกลงที่จะเรียกร้องเงินจำนวนดังกล่าวจากบริษัท ๑ โดยตรงและขอสงวนสิทธิ์ในการเรียก ร้องหรือฟ้องร้องให้ธนาคารชดเชยเงินจำนวนนั้น
- (จ) ธนาคารไม่มีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของจำนวนเงินที่ได้รับแจ้งจากบริษัท ๑
- (ฉ) ข้าพเจ้าไม่ประสงค์ให้ธนาคารแจ้งการหักบัญชีแต่อย่างใดเนื่องจากรายการดังกล่าวปรากฏอยู่ในสมุดคู่ฝาก/Statement ของธนาคารหรือเอกสารการรับเบี้ยประกันภัยของบริษัท ๑
- (ช) ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ๑ เรียกเก็บเงินด้วยวิธีหักบัญชีเงินฝากธนาคารอัตโนมัติ ตั้งแต่การชำระเงินเพื่อซื้อกรมธรรม์ และการชำระเบี้ยประกันทุกงวดหลังกรมธรรม์ของข้าพเจ้ามีผลบังคับ
- (ซ) กรณีครบรอบการชำระของกรมธรรม์ หากมีการหักบัญชีอัตโนมัติไม่ผ่านเนื่องจากจำนวนเงินไม่พอชำระ บริษัท ๑ จะทำการส่งข้อมูลให้ธนาคารทำการเรียกเก็บเบี้ยประกันอีกครั้งภายใน 4 วันทำการ
- (ณ) ข้าพเจ้ายอมรับและยืนยันว่าข้าพเจ้าเป็นเจ้าของบัญชีธนาคารที่ประสงค์ให้หักชำระค่าเบี้ยฯ หรือเป็นผู้ชำระแทนในกรณีผู้เยาว์ หรือมีความสัมพันธ์โดยชอบตามกฎหมายเป็น บิดา-มารดา สามเณร-ภรรยา หรือบุตรของ ผู้เอาประกันภัย ทั้งนี้ ข้าพเจ้าจะไม่ปฏิเสธการทำการหักเงินที่เกิดขึ้นในทุกกรณีกับธนาคารหรือบริษัท ๑ และหากพบข้อผิดพลาดหรือต้องการขอเงินคืน ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ติดต่อไปยัง บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) โดยตรง
- หากบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ หรือบัญชีกระแสรววน หรือค่าเบี้ยประกันภัย ได้เปลี่ยนแปลงไม่ว่าโดยสาเหตุใดก็ตามหนังสือแจ้งความประสงค์ฉบับนี้ ยังคงมีผลบังคับใช้กับบัญชีใหม่ หรือ ค่าเบี้ยประกันภัยที่ได้เปลี่ยนแปลงนั้นๆทุกประการ ทั้งนี้ข้าพเจ้าตกลงสงวนสิทธิ์ยกเลิ / แก้อ / ลบ ล้างความยินยอมดังกล่าวจนกว่าความคุ้มครองตามสัญญาประกันภัยของข้าพเจ้า หรืออายุความในการฟ้องคดีสิ้นสุดลง แล้วแต่ระยะเวลาใดสิ้นสุดภายหลัง ทั้งนี้ หากมีการเปลี่ยนแปลงเลขที่บัญชีธนาคารหรือยกเลิกความยินยอมตามหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้าจะแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรแก่บริษัท ๑ ล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วัน และให้ถือความยินยอมตามหนังสือฉบับล่าสุดของข้าพเจ้ามีผลบังคับใช้ และยกเลิก ความยินยอมเดิมโดยอัตโนมัติ

ข้าพเจ้ารับทราบว่ามีบริษัท ๑ จะเก็บรวบรวมใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นเพื่อดำเนินการหักชำระค่าเบี้ยประกันตามวัตถุประสงค์ของค่าขอฉบับนี้ และสามารถอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัท ๑ ได้ที่ <https://www.krungthai-axa.co.th/th/compliance/privacy-policy>

โปรดกรอกเอกสารให้ครบถ้วนและแนบสำเนาบัญชีธนาคาร ๑ และสำเนาบัตรประชาชน ของท่านพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทุกครั้ง
"รับชำระเบี้ย แทนได้เฉพาะ บิดา-มารดา-บุตร/ สามเณร-ภรรยา"

ลงชื่อ
()
(โปรดเซ็นชื่อให้เหมือนกับลายเซ็นในกรมธรรม์)

เจ้าของกรมธรรม์
/ผู้เอาประกันภัย

ลงชื่อ
()
(ลายเซ็นตามตัวอย่างที่ให้กับธนาคาร)

เจ้าของบัญชี
ผู้ให้ความยินยอม

ลงชื่อ
()

พยาน/ตัวแทน/
นายหน้าประกันชีวิต

ลงชื่อ
ธนาคาร สาขา

สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร
ผู้มีอำนาจลงนาม





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

หนังสือยินยอมหักค่าเบี้ยประกัน
อัตโนมัติผ่านบัญชีเงินฝาก



ท่านจะรู้ผลหักค่าเบี้ย ฯ ผ่านบัญชีอัตโนมัติ และรับข่าวสารจากบริษัท ฯ 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 - (ระบุเพียง 1 กรมธรรม์เท่านั้น)

ชื่อผู้เอาประกันภัย เกี่ยวข้องเป็น

ข้าพเจ้าประสงค์ให้ธนาคารหักบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า ฯ เพื่อชำระเงินตามกรมธรรม์ข้างต้น โดยยินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้

สำหรับชำระค่าเบี้ยประกันภัย อัตโนมัติ ผ่านหักบัญชีธนาคารเงินฝาก

1. หักบัญชีเงินฝากประเภท ☐ ออมทรัพย์ ☐ กระแสรววน ธนาคาร สาขา
ชื่อบัญชี เลขที่บัญชี

ข้าพเจ้ายอมรับว่า

- (ก) ธนาคารจะหักเงินเบี้ยประกันรายงวดเต็มจำนวนก็ต่อเมื่อเงินในบัญชีมีเพียงพอในขณะนั้นเท่านั้น
- (ข) หากไม่สามารถหักเงินตามข้อ (ก) ได้ไม่ว่าสาเหตุใดก็ตาม ให้ถือว่ายังไม่มีภาระชำระเบี้ยประกันภัย
- (ค) หากมีความเสียหาย หรือ ความผิดพลาดใด ๆ เกิดขึ้นแก่ธนาคาร หรือบริษัท ฯ เนื่องมาจากการกระทำใด ๆ ของข้าพเจ้า ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายแก่ธนาคาร หรือบริษัท ฯ ตามความเสียหายที่เกิดขึ้นจริงทุกประการ
- (ง) หากจำนวนเงินที่บริษัท ฯ แจ้งแก่ธนาคารไม่ถูกต้อง แต่ธนาคารได้ทำการหักเงินจากบัญชีดังกล่าวตามจำนวนเงินที่บริษัท ฯ แจ้ง ข้าพเจ้าตกลงที่จะเรียกร้องเงินจำนวนดังกล่าวจากบริษัท ฯ โดยตรงและขอสงวนสิทธิ์ในการเรียก ร้องหรือฟ้องร้องให้ธนาคารชดเชยเงินจำนวนนั้น
- (จ) ธนาคารไม่มีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของจำนวนเงินที่ได้รับแจ้งจากบริษัท ฯ
- (ฉ) ข้าพเจ้าไม่ประสงค์ให้ธนาคารแจ้งการหักบัญชีแต่อย่างใดเนื่องจากรายการดังกล่าวปรากฏอยู่ในสมุดคู่ฝาก/Statement ของธนาคารหรือเอกสารการรับเบี้ยประกันภัยของบริษัท ฯ
- (ช) ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ฯ เรียกเก็บเงินด้วยวิธีหักบัญชีเงินฝากธนาคารอัตโนมัติ ตั้งแต่การชำระเงินเพื่อซื้อกรมธรรม์ และการชำระเบี้ยประกันทุกงวดหลังกรมธรรม์ของข้าพเจ้ามีผลบังคับ
- (ซ) กรณีครบรอบการชำระของกรมธรรม์ หากมีการหักบัญชีอัตโนมัติไม่ผ่านเนื่องจากจำนวนเงินไม่พอชำระ บริษัท ฯ จะทำการส่งข้อมูลให้ธนาคารทำการเรียกเก็บเบี้ยประกันอีกครั้งภายใน 4 วันทำการ
- (ณ) ข้าพเจ้ายอมรับและยืนยันว่าข้าพเจ้าเป็นเจ้าของบัญชีธนาคารที่ประสงค์ให้หักชำระค่าเบี้ย ฯ หรือเป็นผู้ชำระแทนในกรณีผู้เยาว์ หรือมีความสัมพันธ์โดยชอบตามกฎหมายเป็น บิดา-มารดา สามเณร-ภรรยา หรือบุตรของ ผู้เอาประกันภัย ทั้งนี้ ข้าพเจ้าจะไม่ปฏิเสธการทำการหักเงินที่เกิดขึ้นในทุกกรณีกับธนาคารหรือบริษัท ฯ และหากพบข้อผิดพลาดหรือต้องการขอเงินคืน ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ติดต่อไปยัง บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) โดยตรง
- หากบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ หรือบัญชีกระแสรววน หรือค่าเบี้ยประกันภัย ได้เปลี่ยนแปลงไม่ว่าโดยสาเหตุใดก็ตามหนังสือแจ้งความประสงค์ฉบับนี้ ยังคงมีผลบังคับใช้กับบัญชีใหม่ หรือ ค่าเบี้ยประกันภัยที่ได้เปลี่ยนแปลงนั้นๆทุกประการ ทั้งนี้ข้าพเจ้าตกลงสงวนสิทธิ์ยกเลิ / แก้อ / ลบ ล้างความยินยอมดังกล่าวจนกว่าความคุ้มครองตามสัญญาประกันภัยของข้าพเจ้า หรืออายุความในการฟ้องคดีสิ้นสุดลง แล้วแต่ระยะเวลาใดสิ้นสุดภายหลัง ทั้งนี้ หากมีการเปลี่ยนแปลงเลขที่บัญชีธนาคารหรือยกเลิกความยินยอมตามหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้าจะแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรแก่บริษัท ฯ ล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วัน และให้ถือความยินยอมตามหนังสือฉบับล่าสุดของข้าพเจ้ามีผลบังคับใช้ และยกเลิก ความยินยอมเดิมโดยอัตโนมัติ

ข้าพเจ้ารับทราบว่ามีบริษัท ฯ จะเก็บรวบรวมใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นเพื่อดำเนินการหักชำระค่าเบี้ยประกันตามวัตถุประสงค์ของค่าขอฉบับนี้ และสามารถอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัท ฯ ได้ที่ <https://www.krungthai-axa.co.th/th/compliance/privacy-policy>

โปรดกรอกเอกสารให้ครบถ้วนและแนบสำเนาบัญชีธนาคาร ฯ และสำเนาบัตรประชาชน ของท่านพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทุกครั้ง
"รับชำระเบี้ย แทนได้เฉพาะ บิดา-มารดา-บุตร/ สามเณร-ภรรยา"

ลงชื่อ
()
(โปรดเซ็นชื่อให้เหมือนกับลายเซ็นในกรมธรรม์)

เจ้าของกรมธรรม์
/ผู้เอาประกันภัย

ลงชื่อ
()
(ลายเซ็นตามตัวอย่างที่ให้กับธนาคาร)

เจ้าของบัญชี
ผู้ให้ความยินยอม

ลงชื่อ
()

พยาน/ตัวแทน/
นายหน้าประกันชีวิต

ลงชื่อ
ธนาคาร สาขา

สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร
ผู้มีอำนาจลงนาม

