

**บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)**

เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามา 9 ชั้น 1, 20-27
 ถนนพหลโยธิน แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
 โทร. 0 2044 4000 โทรสาร 0 2044 4032 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159
 ทะเบียนเลขที่ 0107555000376 www.krungthai-axa.co.th

หนังสือยินยอม หักค่าเบี้ยประกันอัตโนมัติ

ท่านจะรู้ผลหักค่าเบี้ยฯ ผ่านบัญชีอัตโนมัติ และรับข่าวสารจากบริษัทฯ เพียงระบุหมายเลขโทรศัพท์มือถือ และอีเมลของท่านลงในแบบฟอร์มนี้

วันที่ เดือน ปี

เรียน บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว) บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่
 โทรศัพท์บ้าน ที่ทำงาน มือถือ อีเมล

เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันของกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งออกโดย บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัทฯ”) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้
 กรมธรรม์เลขที่ ชื่อผู้เอาประกันภัย เกี่ยวข้องเป็น
 ข้าพเจ้าประสงค์ให้ธนาคารหักบัญชีเงินฝากหรือบัตรเครดิตอัตโนมัติ **ทุกงวด** ตามกรมธรรม์ข้างต้น โดยยินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้

สำหรับชำระค่าเบี้ยประกันภัย อัตโนมัติ (โปรดระบุเพียง 1 ประเภทการชำระเท่านั้น)

1. หักบัญชีเงินฝากออมทรัพย์/กระแสรายวัน ธนาคาร สาขา
 ชื่อบัญชี เลขที่บัญชี

1.1 ข้าพเจ้ายอมรับว่า (ก) ธนาคารจะหักเงินเบี้ยประกันรายงวดเต็มจำนวนก็ต่อเมื่อเงินในบัญชีมีเพียงพอในขณะนั้นเท่านั้น (ข) หากไม่สามารถหักเงินตามข้อ (ก) ได้
 ไม่ว่าสาเหตุใดก็ตาม ให้ถือว่ายังไม่มีการชำระเบี้ยประกันภัย (ค) หากจำนวนเงินที่บริษัท ฯ แจ้งแก่ธนาคารไม่ถูกต้อง แต่ธนาคารได้ทำการหักเงินจากบัญชีดังกล่าว
 ตามจำนวนเงินที่บริษัท ฯ แจ้ง ข้าพเจ้าตกลงที่จะเรียกร้องเงินจำนวนดังกล่าวจากบริษัท ฯ โดยตรงและขอสงวนสิทธิ์ในการเรียก ร้องหรือฟ้องร้องให้ธนาคารชดใช้
 เงินจำนวนนั้น (ง) ธนาคารไม่มีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของจำนวนเงินที่ได้รับแจ้งจากบริษัท ฯ (จ) ข้าพเจ้าไม่ประสงค์ให้ธนาคารแจ้งการหักบัญชีแต่อย่างใด
 เนื่องจากรายการดังกล่าวปรากฏอยู่ในสมุดคู่ฝาก/Statement ของธนาคารหรือเอกสารการรับเบี้ย ประกันภัยของบริษัท ฯ (ฉ) ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ฯ เรียก
 เก็บเงินด้วยวิธีหักบัญชีเงินฝากธนาคารตามรอบการชำระของกรมธรรม์ของข้าพเจ้าข้างต้น และกรณีหักบัญชีไม่ผ่านเนื่องจากจำนวนเงินไม่พอชำระ บริษัท ฯ
 จะทำการส่งข้อมูลให้ธนาคารทำการเรียกเก็บเบี้ยประกันอีกครั้งภายใน 4 วันทำการ

2. หักบัญชีบัตรเครดิต ธนาคาร/สถาบันออกบัตรเครดิต
 หมายเลข เดือน/ปี ที่บัตรหมดอายุ

2.1 ข้าพเจ้ายอมรับว่า (ก) การชำระเบี้ยประกันภัยจะถือว่าชำระเรียบร้อยแล้ว และมีผลให้กรมธรรม์มีผลบังคับก็ต่อเมื่อหักเงินเบี้ยประกันรายงวดเต็มจำนวน จากวงเงิน
 ของบัตรเครดิตได้ (ข) หากไม่สามารถหักเงินตามข้อ (ก) ได้ ไม่ว่าสาเหตุใดก็ตาม ให้ถือว่ายังไม่มีการชำระเบี้ยประกันภัย (ค) หากมีความเสียหาย หรือ ความผิด
 พลาดใด ๆ เกิดขึ้นแก่ธนาคารผู้ออกบัตร หรือบริษัท ฯ เนื่องจากจากการกระทำใด ๆ ของข้าพเจ้า ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบค่าใช้จ่าย หายแก่ธนาคารผู้ออกบัตรเครดิต
 หรือบริษัท ฯ ตามความเสียหายที่เกิดขึ้นจริงทุกประการ (ง) ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ฯ เรียกเก็บเงินด้วยวิธีหัก บัตรเครดิตอัตโนมัติตามรอบการชำระของ
 กรมธรรม์ และกรณีหักบัญชีไม่ผ่านเนื่องจากจำนวนเงินไม่พอชำระ บริษัท ฯ จะทำการส่งข้อมูลเพื่อเรียกเก็บเบี้ยประกันอีกครั้งภายใน 4 วันทำการ (จ) ข้าพเจ้า
 ยอมรับและยืนยันว่าข้าพเจ้าเป็นเจ้าของบัตรเครดิตที่ทำการชำระ หรือเป็นผู้ชำระแทนในกรณีผู้เยาว์ ทั้งนี้ ข้าพเจ้าจะไม่ปฏิเสธการทำรายการที่เกิดขึ้นในทุกกรณี
 กับธนาคารเจ้าของบัตร และหากพบข้อผิดพลาดหรือต้องการขอเงินคืน ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ติดต่อไปยังบริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) โดยตรง
 หากบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ หรือบัญชีกระแสรายวัน หรือบัญชีบัตรเครดิตที่ระบุในข้อ 1 หรือ 2 หรือค่าเบี้ยประกันภัย ได้เปลี่ยนแปลงไม่ว่าโดยสาเหตุใดก็ตาม
 หนังสือแจ้งความประสงค์ฉบับนี้ ยังคงมีผลบังคับใช้กับบัญชีใหม่ หรือ ค่าเบี้ยประกันภัยที่ได้เปลี่ยนแปลงนั้นๆทุกประการ ทั้งนี้ข้าพเจ้าตกลงสงวนสิทธิ์ยกเลิก /
 แก้ไข / ลบล้างความยินยอมดังกล่าวจนกว่าความคุ้มครองตามสัญญาประกันภัยของข้าพเจ้า หรืออายุความในการฟ้องคดีสิ้นสุดลง แล้วแต่ระยะเวลาใดสิ้นสุด
 ภายหลัง ทั้งนี้ หากมีการเปลี่ยนแปลงเลขที่บัญชีธนาคารหรือเลขที่บัตรเครดิต หรือยกเลิกความยินยอมตามหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้าจะแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรแก่
 บริษัท ฯ ล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วัน และให้ถือความยินยอมตามหนังสือฉบับล่าสุดของข้าพเจ้ามีผลบังคับใช้ และยกเลิก ความยินยอมเดิมโดยอัตโนมัติ

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อมูลหมายเลขบัญชีเงินฝาก และหรือ หมายเลขบัตรเครดิตของข้าพเจ้าให้แก่ธนาคารเจ้าของบัญชี เพื่อ
 วัตถุประสงค์ในการหักชำระค่าเบี้ยประกันภัยของข้าพเจ้าเพื่อชำระให้แก่บริษัท ฯ ภายใต้เงื่อนไขของกรมธรรม์

โปรดแนบสำเนาบัญชีธนาคาร ฯ และสำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาบัตรเครดิตของท่านพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทุกครั้ง
 “รับชำระเบี้ย แทนได้เฉพาะ บิดา-มารดา-บุตร/สามี-ภรรยา”

ลงชื่อ <input type="text"/>	เจ้าของกรมธรรม์ /ผู้เอาประกันภัย	ลงชื่อ <input type="text"/>	เจ้าของบัญชี ผู้ให้ความยินยอม
(<input type="text"/>)		(<input type="text"/>)	
(โปรดเซ็นชื่อให้เหมือนกับลายเซ็นในกรมธรรม์)		(ลายเซ็นตามตัวอย่างที่ให้กับธนาคารหรือให้ไว้ในบัตรเครดิต)	
ลงชื่อ <input type="text"/>	พยาน/ตัวแทน/ นายหน้าประกันชีวิต	ลงชื่อ <input type="text"/>	ผู้มีอำนาจลงนาม
(<input type="text"/>)		ธนาคาร <input type="text"/>	สาขา <input type="text"/>

**บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)**

เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามา 9 ชั้น 1, 20-27
 ถนนพหลโยธิน แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
 โทร. 0 2044 4000 โทรสาร 0 2044 4032 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159
 ทะเบียนเลขที่ 0107555000376 www.krungthai-axa.co.th

หนังสือยินยอม หักค่าเบี้ยประกันอัตโนมัติ

ท่านจะรู้ผลหักค่าเบี้ยฯ ผ่านบัญชีอัตโนมัติ และรับข่าวสารจากบริษัทฯ เพียงระบุหมายเลขโทรศัพท์มือถือ และอีเมลของท่านลงในแบบฟอร์มนี้

วันที่ เดือน ปี

เรียน บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว) บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่
 โทรศัพท์บ้าน ที่ทำงาน มือถือ อีเมล

เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันของกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งออกโดย บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัทฯ”) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้
 กรมธรรม์เลขที่ ชื่อผู้เอาประกันภัย เกี่ยวข้องเป็น
 ข้าพเจ้าประสงค์ให้ธนาคารหักบัญชีเงินฝากหรือบัตรเครดิตอัตโนมัติ **ทุกงวด** ตามกรมธรรม์ข้างต้น โดยยินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้

สำหรับชำระค่าเบี้ยประกันภัย อัตโนมัติ (โปรดระบุเพียง 1 ประเภทการชำระเท่านั้น)

1. หักบัญชีเงินฝากออมทรัพย์/กระแสรายวัน ธนาคาร สาขา
 ชื่อบัญชี เลขที่บัญชี

1.1 ข้าพเจ้ายอมรับว่า (ก) ธนาคารจะหักเงินเบี้ยประกันรายงวดเต็มจำนวนก็ต่อเมื่อเงินในบัญชีมีเพียงพอในขณะนั้นเท่านั้น (ข) หากไม่สามารถหักเงินตามข้อ (ก) ได้
 ไม่ว่าสาเหตุใดก็ตาม ให้ถือว่ายังไม่มีการชำระเบี้ยประกันภัย (ค) หากจำนวนเงินที่บริษัทฯ แจ้งแก่ธนาคารไม่ถูกต้อง แต่ธนาคารได้ทำการหักเงินจากบัญชีดังกล่าว
 ตามจำนวนเงินที่บริษัทฯ แจ้ง ข้าพเจ้าตกลงที่จะเรียกร้องเงินจำนวนดังกล่าวจากบริษัทฯ โดยตรงและขอสงวนสิทธิ์ในการเรียก ร้องหรือฟ้องร้องให้ธนาคารชดใช้
 เงินจำนวนนั้น (ง) ธนาคารไม่มีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของจำนวนเงินที่ได้รับแจ้งจากบริษัทฯ (จ) ข้าพเจ้าไม่ประสงค์ให้ธนาคารแจ้งการหักบัญชีแต่อย่างใด
 เนื่องจากรายการดังกล่าวปรากฏอยู่ในสมุดคู่ฝาก/Statement ของธนาคารหรือเอกสารการรับเบี้ยประกันภัยของบริษัทฯ (ฉ) ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ เรียก
 เก็บเงินด้วยวิธีหักบัญชีเงินฝากธนาคารตามรอบการชำระของกรมธรรม์ของข้าพเจ้าข้างต้น และกรณีหักบัญชีไม่ผ่านเนื่องจากจำนวนเงินไม่พอชำระ บริษัทฯ
 จะทำการส่งข้อมูลให้ธนาคารทำการเรียกเก็บเบี้ยประกันอีกครั้งภายใน 4 วันทำการ

2. หักบัญชีบัตรเครดิต ธนาคาร/สถาบันออกบัตรเครดิต
 หมายเลข เดือน/ปี ที่บัตรหมดอายุ

2.1 ข้าพเจ้ายอมรับว่า (ก) การชำระเบี้ยประกันภัยจะถือว่าชำระเรียบร้อยแล้ว และมีผลให้กรมธรรม์มีผลบังคับใช้ก็ต่อเมื่อหักเงินเบี้ยประกันรายงวดเต็มจำนวน จากวงเงิน
 ของบัตรเครดิตได้ (ข) หากไม่สามารถหักเงินตามข้อ (ก) ได้ ไม่ว่าสาเหตุใดก็ตาม ให้ถือว่ายังไม่มีการชำระเบี้ยประกันภัย (ค) หากมีความเสียหาย หรือ ความผิด
 พลาดใด ๆ เกิดขึ้นแก่ธนาคารผู้ออกบัตร หรือบริษัทฯ เนื่องจากจากการกระทำใด ๆ ของข้าพเจ้า ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบค่าใช้จ่าย หายแก่ธนาคารผู้ออกบัตรเครดิต
 หรือบริษัทฯ ตามความเสียหายที่เกิดขึ้นจริงทุกประการ (ง) ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ เรียกเก็บเงินด้วยวิธีหัก บัตรเครดิตอัตโนมัติตามรอบการชำระของ
 กรมธรรม์ และกรณีหักบัญชีไม่ผ่านเนื่องจากจำนวนเงินไม่พอชำระ บริษัทฯ จะทำการส่งข้อมูลเพื่อเรียกเก็บเบี้ยประกันอีกครั้งภายใน 4 วันทำการ (จ) ข้าพเจ้า
 ยอมรับและยืนยันว่าข้าพเจ้าเป็นเจ้าของบัตรเครดิตที่ทำการชำระ หรือเป็นผู้ชำระแทนในกรณีผู้เยาว์ ทั้งนี้ ข้าพเจ้าจะไม่ปฏิเสธการทำรายการที่เกิดขึ้นในทุกกรณี
 กับธนาคารเจ้าของบัตร และหากพบข้อผิดพลาดหรือต้องการขอเงินคืน ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ติดต่อไปยังบริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) โดยตรง
 หากบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ หรือบัญชีกระแสรายวัน หรือบัญชีบัตรเครดิตที่ระบุในข้อ 1 หรือ 2 หรือค่าเบี้ยประกันภัย ได้เปลี่ยนแปลงไม่ว่าโดยสาเหตุใดก็ตาม
 หนังสือแจ้งความประสงค์ฉบับนี้ ยังคงมีผลบังคับใช้กับบัญชีใหม่ หรือ ค่าเบี้ยประกันภัยที่ได้เปลี่ยนแปลงนั้นๆทุกประการ ทั้งนี้ข้าพเจ้าตกลงสงวนสิทธิ์ยกเลิก /
 แก้ไข / ลบล้างความยินยอมดังกล่าวจนกว่าความคุ้มครองตามสัญญาประกันภัยของข้าพเจ้า หรืออายุความในการฟ้องคดีสิ้นสุดลง แล้วแต่ระยะเวลาใดสั้นสุด
 ภายหลัง ทั้งนี้ หากมีการเปลี่ยนแปลงเลขที่บัญชีธนาคารหรือเลขที่บัตรเครดิต หรือยกเลิกความยินยอมตามหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้าจะแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรแก่
 บริษัทฯ ล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วัน และให้ถือความยินยอมตามหนังสือฉบับล่าสุดของข้าพเจ้ามีผลบังคับใช้ และยกเลิก ความยินยอมเดิมโดยอัตโนมัติ

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อมูลหมายเลขบัญชีเงินฝาก และหรือ หมายเลขบัตรเครดิตของข้าพเจ้าให้แก่ธนาคารเจ้าของบัญชี เพื่อ
 วัตถุประสงค์ในการหักชำระค่าเบี้ยประกันภัยของข้าพเจ้าเพื่อชำระให้แก่บริษัทฯ ภายใต้เงื่อนไขของกรมธรรม์

โปรดแนบสำเนาบัญชีธนาคาร ฯ และสำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาบัตรเครดิตของท่านพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทุกครั้ง
 “รับชำระเบี้ย แทนได้เฉพาะ บิดา-มารดา-บุตร/สามี-ภรรยา”

ลงชื่อ เจ้าของกรมธรรม์ /ผู้เอาประกันภัย ลงชื่อ เจ้าของบัญชี /ผู้ให้ความยินยอม
 () ()
 (โปรดเซ็นชื่อให้เหมือนกับลายเซ็นในกรมธรรม์) (ลายเซ็นตามตัวอย่างที่ให้กับธนาคารหรือให้ไว้ในบัตรเครดิต)

ลงชื่อ พยาน/ตัวแทน/ นายหน้าประกันชีวิต ลงชื่อ ผู้มีอำนาจลงนาม
 () ธนาคาร สาขา