



แบบฟอร์มการชำระเบี้ยประกันภัย โดยการ “หักบัญชีบัตรเครดิต”

ข้าพเจ้า (ชื่อ - สกุล เจ้าของบัตร) มีความประสงค์และยินยอม

ให้ บริษัท มิถรรพชาประกันภัย จำกัด(มหาชน) เรียกเก็บเงินจากบัตรเครดิตของข้าพเจ้า เพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัย

กรมธรรม์เลขที่/เลขอ้างอิง (Policy Number/ reference No).....

รหัสตัวแทน (Agent Code) ชื่อผู้เอาประกัน.....

เป็นจำนวนเงินรวม บาท (.....)

หมายเลขบัตรเครดิต - -

วันหมดอายุ / ประเภทบัตรเครดิต    ธนาคารผู้ออกบัตร.....

ให้ทำการตัดบัตรเครดิตวันที่ / /

ลายมือชื่อ..... (ตามหลังบัตร) โทรศัพท์บ้าน (Home) / ที่ทำงาน(Office)

ชื่อตัวบรรจง โทรศัพท์มือถือ (Mobile)

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท

วันที่ดำเนินการ..... ผู้ดำเนินการ.....

คำแนะนำ

การชำระค่าเบี้ยประกัน โดย การหักบัญชีบัตรเครดิต

1. ผู้ถือบัตรกรอกข้อมูลลงในแบบฟอร์ม หักบัญชีบัตรเครดิต ให้ครบถ้วน และลงลายมือชื่อผู้ถือบัตร ให้ตรงกับที่ให้ไว้กับธนาคารหรือบริษัทผู้ออกบัตร

2. นำส่งหนังสือแบบฟอร์ม หักบัญชีบัตรเครดิต กลับมายังฝ่ายการเงิน สำนักงานใหญ่ ก่อนวันครบกำหนดชำระ หากวันครบกำหนดชำระเป็นวันหยุด ต้องแจ้งให้หักบัญชีภายในเวลา 12.00 น. ของวันทำการสุดท้ายก่อนวันหยุด

3. นำส่งแบบฟอร์มทางโทรสาร (Fax) หมายเลข 02-6407799 ต่อ 8225 หรือแนบ File ส่งทาง E-mail Address To: Paylist@mittare.com ,

ส่งจากเมล์ภายในบริษัท ส่งถึง แผนกการเงินรับเบี้ยประกัน

CREDIT FORM