บริษัท แอ็ดวานซ์ ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
Advance Life Assurance Public Company Limited
สำนักงานใหญ่ : 175 อาคารสาธรซิตี้ ทาวเวอร์ ชั้น 1/1 และ 2/1 ถนนสาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120
Head Office : 175 Sathorn City Tower 1/1 and 2/1 Floor, South Sathorn Road, Thungmahamek, Sathorn, Bangkok 10120
Call Center 02 648 3600 Fax. 02 648 3555 www.alife.co.th Latitude : 13.721747, 100.531881
ทะเบียนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษี Registration No. / Tax ID No. 0107555000465

หนังสือให้ความยินยอมชำระเบี้ยประกันภัยจากบัตรเครดิต

วันที่ _____

ข้าพเจ้า _____ มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัท แอ็ดวานซ์ ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

เรียกเก็บเงินผ่านบัตรเครดิตของข้าพเจ้า เพื่อชำระค่าเบี้ยประกันงวดต่ออายุปีที่ _____ งวดที่ _____

ของกรมธรรม์เลขที่ _____ ชื่อ - สกุล ผู้เอาประกันภัย _____

จำนวนเงินทั้งสิ้น _____ บาท (_____)

จากธนาคารหรือบริษัทที่ออกบัตรเครดิตของข้าพเจ้า ดังนี้

☐ บัตรเครดิตธนาคารกสิกรไทย ☐ บัตรเครดิตวีซ่า / มาสเตอร์การ์ดธนาคาร _____

ชื่อ - สกุล เจ้าของบัตร (ภาษาอังฤษ) _____

หมายเลขบัตร | | | | | | | | | | | | | | | | **บัตรหมดอายุ** _____ / _____

ลงชื่อ x _____ ผู้ถือบัตร

(ลายเซ็นตามตัวอย่างที่ให้ไว้กับบัตรเครดิต)

การชำระเงินค่าเบี้ยประกันนี้จะสมบูรณ์ ก็ต่อเมื่อบริษัท แอ็ดวานซ์ ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ได้รับเงินครบถ้วนจากธนาคารหรือบริษัทผู้ออกบัตรเครดิต ให้แก่ข้าพเจ้าตามรายละเอียดที่ระบุไว้ข้างต้นชัดเจน และบริษัท แอ็ดวานซ์ ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ได้ทำการออกใบเสร็จรับเงินให้แก่ข้าพเจ้า

หมายเหตุ : กรณีที่บริษัทฯ มีเหตุอื่นที่ต้องมีการคืนเบี้ยประกัน บริษัทฯ จะดำเนินการคืนเงินผ่านบัตรเครดิตเท่านั้น