

## รายการที่ต้องนำส่งกรณีหักชำระเบี้ยประกันผ่านบัญชีเงินฝากธนาคาร

กรณีเปลี่ยนวิธีการชำระเป็นแบบหักบัญชีเงินฝากธนาคาร แบบฟอร์มที่ต้องนำส่งมีดังนี้

ตัวจริง สำเนา

- แบบฟอร์มหนังสือขอมการหักบัญชีเงินฝากธนาคาร
- หน้าสมุดบัญชีเงินฝาก ที่มีเลขที่บัญชีธนาคารปรากฏอยู่ พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาบัตรประชาชนชน (พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง และระบุเพิ่มเติมในตัวสำเนา ใช้สำหรับให้ทางบริษัท หักชำระค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัญชีธนาคาร พร้อมระบุกรมธรรม์ฉบับที่ที่จะให้หักบัญชีธนาคารให้ชัดเจน)

หมายเหตุ เอกสารที่นำส่งบริษัท ถ้าเป็นสำเนาจะต้องมีการรับรองสำเนาถูกต้องจากผู้เอาประกัน

### ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร

(ฝ่ายบริการผู้ถือกรมธรรม์)

บริษัท แอ็ดวานซ์ ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

สำนักงานใหญ่ เลขที่ 175 อาคารสารชิตี ทาวเวอร์ ชั้น 1/1 และ 2/1

ถนนสาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120

ผู้นำส่ง : ..... วันที่ ..... เวลา .....

ผู้ตรวจสอบ : ..... วันที่ ..... เวลา .....

ผู้รับเอกสาร : ..... วันที่ ..... เวลา .....



บริษัท แอ็ดวานซ์ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)  
Advance Life Assurance Public Company Limited  
順和成人壽保險大眾有限公司

## หนังสือยินยอมให้หักบัญชีเงินฝาก

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

เรียน ผู้จัดการธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สำนักงานใหญ่ / สาขา.....

ข้าพเจ้า (ชื่อ-นามสกุล) .....

สถานที่ติดต่อ เลขที่ ..... ตรอก / ซอย ..... ถนน .....

ตำบล / แขวง ..... อำเภอ / เขต ..... จังหวัด .....

รหัสไปรษณีย์ ..... หมายเลขโทรศัพท์..... Email .....

เจ้าของบัญชีเงินฝากประเภท \*  ออมทรัพย์  เงินฝาก

เลขที่บัญชีธนาคาร \* .....

ชื่อบัญชี \* .....

มีความประสงค์ให้ธนาคารหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า เพื่อชำระหนี้ และ/หรือ บรรดาภาระผูกพันต่างๆให้แก่

บริษัท แอ็ดวานซ์ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย \* .....

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ \* .....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าความประสงค์ให้ธนาคารหักเงินจากบัญชีเงินฝากดังกล่าวของข้าพเจ้า เพื่อชำระหนี้ และ/หรือ บรรดาภาระผูกพันต่าง ๆ ให้แก่ บริษัท แอ็ดวานซ์ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (ต่อไปนี้เรียกว่า "บริษัท" ) ตามจำนวนเงินที่ปรากฏในใบแจ้งหนี้ และ/หรือ ข้อมูลที่ธนาคารได้รับจาก บริษัทฯ ผ่านสื่อข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และ/หรือ ผ่านสื่อบันทึกข้อมูล และ/หรือ ผ่านช่องทางใด ๆ และนำเงินดังกล่าวโอนเข้าบัญชีของบริษัทฯในการหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า เพื่อชำระหนี้ และ/หรือ ภาระผูกพันต่าง ๆ ให้แก่บริษัทฯดังกล่าว หากปรากฏในภายหลังว่าจำนวนเงินที่แจ้งแก่ธนาคารนั้นไม่ถูกต้อง และธนาคารได้ทำการหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าตามจำนวนเงินที่ปรากฏในใบแจ้งหนี้ หรือ สื่อข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าตกลงที่จะดำเนินการเรียกร้องเงินจำนวนดังกล่าวจากบริษัทฯ โดยตรง โดยทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิ์ในการเรียกร้อง หรือฟ้องร้องให้ธนาคารชดใช้เงินที่ธนาคารได้หักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า เพื่อชำระหนี้แก่บริษัทฯ ตามจำนวนเงินที่ปรากฏในใบแจ้งหนี้ และ/หรือ ข้อมูลที่ธนาคารได้รับจากบริษัทฯ

ข้าพเจ้ายอมรับว่า ธนาคารจะหักเงินจากบัญชีของข้าพเจ้าได้ ต่อเมื่อเงินในบัญชีมีเพียงพอในการหักบัญชีในขณะนั้นเท่านั้น และในการหักบัญชีเงินฝากดังกล่าว ข้าพเจ้าไม่ประสงค์จะให้ธนาคารแจ้งผลการหักบัญชีแต่อย่างใด เนื่องจากข้าพเจ้าสามารถทราบรายการดังกล่าวได้จากสมุดคู่ฝาก และ/หรือ STATEMENT ของธนาคาร และ/หรือ จากใบรับเงิน และ/หรือ ใบเสร็จรับเงินของบริษัทฯ อยู่แล้ว

ในกรณีที่เอกสารหลักฐาน และเลขที่บัญชีเงินฝากที่กล่าวในวรรคข้างต้นได้เปลี่ยนแปลงไป ไม่ว่าจะโดยเหตุใดก็ตาม ข้าพเจ้าตกลงให้หนังสือขอให้หักบัญชีเงินฝากฉบับนี้ คงมีผลใช้บังคับสำหรับบัญชีเงินฝากหมายเลขที่ได้เปลี่ยนแปลงนั้น ๆ ได้ด้วยทุกประการ

การขอให้หักบัญชีเงินฝากดังกล่าวข้างต้น ให้มีผลบังคับทันทีนับตั้งแต่วันที่ทำหนังสือนี้ และให้คงมีผลบังคับต่อไปจนกว่าข้าพเจ้าจะได้เพิกถอน โดยทำเป็นลายลักษณ์อักษรแจ้งให้ธนาคารและบริษัททราบล่วงหน้าอย่างน้อย 2 เดือน

ลงชื่อ ..... ผู้ให้ความยินยอม

( ..... )

ตามลายมือชื่อที่ให้ไว้กับธนาคาร

สำหรับ บริษัท แอ็ดวานซ์ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

รับรองลายมือชื่อผู้ให้ความยินยอม

ลงชื่อ .....

(.....)

บริษัท แอ็ดวานซ์ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

สำนักงานใหญ่ : 175 อาคารสารธรณี 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

สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร

ตรวจสอบลายมือชื่อเจ้าของบัญชีแล้วถูกต้อง

ลงชื่อ .....

(.....)

ลายมือชื่อผู้รับมอบอำนาจสาขา เลขที่บัตรพนักงาน .....