วิริยะประกันภัย
THE VIRIYAH INSURANCE

หนังสือยินยอมให้หักค่าเบี้ยประกันสุขภาพอัตโนมัติ/Letter of Consent of Automatic Recurring Payment

เรื่อง ยินยอมให้หักค่าเบี้ยประกันสุขภาพอัตโนมัติผ่านบัตรเครดิตและบัตรเดบิต Automatic recurring payment via Credit Card

เรียน ฝ่ายการเงิน/บริษัท วิริยะ ประกันภัย จำกัด (มหาชน) Finance Department/ Viriyah Insurance Public Company Limited

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ I am ..... **นามสกุล** / Surname.....**โทรศัพท์** / Telephone No. .....

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมและผูกพันปฏิบัติตามข้อกำหนดและเงื่อนไขหลักของแผนการผ่อนชำระค่าเบี้ยประกันสุขภาพกับ บริษัท วิริยะ ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ตามรายละเอียดแบบฟอร์มการชำระเบี้ยประกันภัยโดยชำระค่าเบี้ยประกันให้กับ / I hereby agree to buy health insurance from Viriyah Insurance to below the person(s) and agree that Viriyah Insurance will charge insurance premium from my below account

1) **นาย**,Mr/ **นาง**,Mrs/ **นางสาว**,Ms..... **นามสกุล**/Surname.....
ความสัมพันธ์กับเจ้าของบัตร/ Relationship ..... **กรมธรรม์เลขที่**/Contract No. .....

โปรดเรียกเก็บเงินจากข้าพเจ้า/Payment Method

☐ Monthly/รายเดือน จำนวนเงินค่าเบี้ยต่อเดือน/Premium Amount per month ..... บาท/Baht
กรณีสมัครใหม่จ่ายค่าเบี้ยครั้งแรกชำระรวม 2 งวด / Total premium for new application for 2 installments ..... บาท/Baht

☐ Yearly/รายปี จำนวนเงิน/Premium Amount ..... บาท/Baht

2) **นาย**,Mr/ **นาง**,Mrs/ **นางสาว**,Ms.....**นามสกุล**/Surname.....
ความสัมพันธ์/ Relationship ..... **กรมธรรม์เลขที่**/Contract No. .....

แบบการชำระ/Payment Method

☐ Monthly/รายเดือน จำนวนเงินค่าเบี้ยต่อเดือน/Premium Amount per month ..... บาท/Baht
กรณีสมัครใหม่จ่ายค่าเบี้ยครั้งแรกชำระรวม 2 งวด / Total premium for new application for 2 installments ..... บาท/Baht

☐ Yearly/รายปี จำนวนเงิน/Premium Amount ..... บาท/Baht

ยินยอมให้หักค่าเบี้ยประกันสุขภาพอัตโนมัติ โดย/ hereby agree to authorize Viriyah Insurance to debit my below account via

☐ **หักบัตรเครดิต**/via Credit Card ☐ Visa ☐ Master ☐ JCB
☐ **หักบัตรเดบิต** /via Debit Card ☐ Visa ☐ Master ☐ JCB (ธนาคารผู้ออกบัตร/ Accept Bank Owner : SCB,BBL,K Bank ,KTB)

ธนาคารผู้ออกบัตร/Bank owner .....ธนาคารผู้ออกบัตร อื่นๆ โปรดระบุ/Other Banks ,please specific.....

บัตรหมายเลข/ Credit Card/Debit Card No. ☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐

วันบัตรหมดอายุ (เดือน/ปี)/Expiry date (MM/YY) ☐☐/☐☐

ชื่อที่แสดงบนบัตรเป็น**ภาษาอังกฤษ**/ Name as shown on card .....

เบอร์โทรศัพท์เจ้าของบัตรเครดิตหรือบัตรเดบิต/ Telephone's Credit card or Debit card owner .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่ปรากฏข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน / I hereby confirm that all statements and information given above are truly correct.

ลงชื่อ ..... **ผู้เอาประกัน**/Policy Holder
กรุณาเซ็นต์ชื่อให้เหมือนกับลายเซ็นในใบสมัคร /As that given to the Application

(.....)
วันที่/Date .....

ลงชื่อ.....**ชื่อเจ้าของบัตร**/Credit Card Holder
กรุณาเซ็นต์ชื่อให้เหมือนกับที่ให้กับธนาคารและบัตรเครดิต /As that given to the Bank

(.....)
วันที่/Date .....

กรุณาแนบสำเนาบัตรประชาชนของเจ้าของบัตรเครดิตหรือบัตรเดบิต

<u>กรณีมีการยกเลิกสัญญาในระหว่างปีกรมธรรม์</u> / Termination of Insurance Policy

- **เมื่อมีการตกลงกันระหว่างบริษัทกับผู้ถือกรมธรรม์กรณียกเลิกสัญญาระหว่างกันเรียบร้อยแล้ว หากมีเงินที่ต้องชำระคืน (ต้องเป็นไปตามข้อตกลงหรือกฎเกณฑ์การคืนเบี้ยประกันในสัญญา/กรมธรรม์) ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทคืนเงินตามจำนวนที่ได้ตกลงกันตามสัญญาให้กับผู้ถือกรมธรรม์ หรือบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้ถือกรมธรรม์เท่านั้น** / If the insured is entitled to the refund of premium (according to the policy agreement/condition or short-rate schedule), I hereby agree to return the refund premium to policy holder or given authorize person by policy holder.
- **การเรียกเบี้ยประกันสุขภาพโดยหักจากบัญชีบัตรดังกล่าวข้างต้น ให้มีผลบังคับทันที นับแต่วันทำหนังสือนี้เป็นต้นไปและคงให้มีผลบังคับต่อไปจนกว่าธนาคารจะได้บอกเลิกใช้บริการตามหนังสือฉบับนี้ หรือ ข้าพเจ้าจะได้เพิกถอนโดยทำการเป็นลายลักษณ์อักษรให้ธนาคารและบริษัทฯ ทราบล่วงหน้า ไม่น้อยกว่า 2 เดือน**/ The health insurance premium is deducted from your card mentioned above. The immediate effect from the date this letter, and so on, and continue to have. Banks are not effective until termination of service by this letter or I will not be revoked by the written notice to the Bank and the Company not less than 2 months.
- **การรับประกันจะมีผลสมบูรณ์เมื่อบริษัทฯ ได้รับเงินค่าเบี้ยประกันสุขภาพจากบัตรเครดิตเรียบร้อยแล้วเท่านั้น**/- The health insurance is only effective when a company received the insurance premiums paid for by credit card already.