หนังสือยินยอมให้หักค่าเบี้ยประกันสุขภาพอัตโนมัติ
Letter of Consent of Automatic Recurring Payment

วันที่ / Date .....

เรื่อง ยินยอมให้หักค่าเบี้ยประกันสุขภาพอัตโนมัติ ผ่าน ☐ **บัญชีเงินฝากธนาคาร** ☐ **บัตรเครดิต**
Re Automatic recurring payment via ☐ Bank Account ☐ Credit Card

เรียน บริษัท อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน)
To Allianz Ayudhya General Insurance Public Company Limited

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

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมและผูกพันปฏิบัติตามข้อกำหนดและเงื่อนไขหลักของแผนการผ่อนชำระค่าเบี้ยประกันสุขภาพกับ บริษัท อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ตามรายละเอียดแบบฟอร์มการชำระเบี้ยประกันภัยโดยชำระค่าเบี้ยประกันให้กับ / I hereby agree to buy health insurance from Allianz Ayudhya General Insurance Public Company Limited to below person(s) and agree that Allianz Ayudhya General Insurance Public Company Limited will charge insurance premium from my below account

นาย,Mr/นาง,Mrs./นางสาว,Ms.....นามสกุล/Surname.....
ความสัมพันธ์/ Relationship ..... กรมธรรม์เลขที่/Contract No. .....
☐ Monthly/รายเดือน จำนวนเงิน/Premium Amount ..... บาท/Baht per month

นาย,Mr/นาง,Mrs./นางสาว,Ms.....นามสกุล/Surname.....
ความสัมพันธ์/ Relationship ..... กรมธรรม์เลขที่/Contract No. .....
☐ Monthly/รายเดือน จำนวนเงิน/Premium Amount ..... บาท/Baht per month

ยินยอมให้หักค่าเบี้ยประกันสุขภาพอัตโนมัติ โดย/hereby agree to authorize Allianz Ayudhya General Insurance Public Company Limited to debit my below account via.

☐ **หักบัญชีเงินฝาก ธนาคาร/ Bank name** ..... รหัสสาขา**ธนาคาร**/Bank Branch code .....
บัญชีออมทรัพย์ เลขที่/Saving Account No. .....
ชื่อบัญชี/Account Name.....

☐ **หักบัตรเครดิต**/via Credit Card ☐VISA ☐ MASTER ธนาคารผู้ออกบัตร/Bank owner .....
บัตรเครดิต Credit Card No. ☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐
วันบัตรหมดอายุ (เดือน/ปี)/Expiry date (MM/YY) ☐☐/☐☐

กรณีมีการยกเลิกสัญญาในระหว่างปีกรมธรรม์ / 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.

- **การเรียกเก็บเบี้ยประกันสุขภาพโดยหักจากบัญชีบัตรเครดิตหรือบัญชีธนาคารดังกล่าวข้างต้น ให้มีผลบังคับทันที นับแต่วันทำหนังสือนี้เป็นต้นไปและคงให้มีผลบังคับต่อไปจนกว่าธนาคารจะได้บอกเลิกใช้บริการตามหนังสือฉบับนี้ หรือ ข้าพเจ้าจะได้เพิกถอนโดยทำการเป็นลายลักษณ์อักษรให้ธนาคารและบริษัทฯ ทราบล่วงหน้า ไม่น้อยกว่า 2 เดือน**
The health insurance premium is collected by deduction from the aforementioned bank account or credit card. This consent will take effect as of the date of this letter and will remain in effect until either the bank notifies the company that the service described in this letter has been cancelled, or until I cancel this consent at any time by giving written notice to the bank and the company with at least two months' notice.
- **การรับประกันจะมีผลสมบูรณ์เมื่อบริษัทฯ ได้รับเงินค่าเบี้ยประกันสุขภาพจากบัตรเครดิตหรือบัญชีธนาคารของท่านเรียบร้อยแล้วเท่านั้น**/- The health insurance is only effective when Allianz Ayudhya General Insurance Public Company Limited received the insurance premiums paid for by credit card or your bank account already.

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

ลงชื่อ ..... **ผู้เอาประกัน**/Policy Holder
กรุณาเซ็นต์ชื่อให้เหมือนกับลายเซ็นในกรมธรรม์/As that given to the Policy
(.....)
วันที่/Date .....

ลงชื่อ.....**ชื่อเจ้าของบัตร/เจ้าของบัญชี** Account Name
กรุณาเซ็นต์ชื่อให้เหมือนกับตัวอย่างที่ให้กับธนาคารและบัตรเครดิต/As that given to the Bank
(.....)
วันที่/Date …….....