บริษัท ซมโปะ ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
Sompo Insurance (Thailand) Public Company Limited

หนังสือให้ความยินยอมตัดบัญชีผ่านบัตรเครดิต
Consent Letter for Credit Card Payment

กรุณากรอกรายละเอียดลงในแบบฟอร์ม "หนังสือให้ความยินยอมตัดบัญชีผ่านบัตรเครดิต" ให้ครบถ้วน พร้อมลงลายมือชื่อให้ตรงกับด้านหลังบัตรเครดิตที่ใช้ชำระเงิน และส่งให้เจ้าหน้าที่ฯ หรือส่งกลับมายังบริษัทฯ ทาง E-Mail : Sompo_ar@sompo.co.th

Please complete this consent letter and return to us by hand or by E-Mail : Sompo_ar@sompo.co.th

วันที่แจ้ง/Date ________________

ข้าพเจ้า / I,นาย / MR. _____นาง / MRS. _____ นางสาว / MS. _____อื่น ๆ (Title)____

ชื่อ / First name _______________________________นามสกุล / Family name ____

ที่อยู่ตามบัตรเครดิต / Credit card's billing address ____

____โทรศัพท์ / Tel. ________________________

มีความประสงค์ และยินยอมให้ทางบริษัท ซมโปะ ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)("บริษัท") หักบัญชีบัตรเครดิต เพื่อวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

I hereby authorize Sompo Insurance (Thailand) Pcl.(the "company") to charge my credit card for the purpose as selected below:

☐ ชำระเบี้ยประกันภัยตามกรมธรรม์เลขที่ดังกล่าวข้างล่างซึ่งข้าพเจ้ามีสถานะเป็นผู้เอาประกันภัย

To make a payment for insurance premium for policy Number as shown below which I am an insured / Policyholder

☐ ชำระเบี้ยประกันภัยตามกรมธรรม์เลขที่ ดังกล่าวข้างล่างซึ่งมี __________________________________เป็นผู้เอาประกันภัย ทั้งนี้ ผู้เอาประกันภัยมีความสัมพันธ์เป็น ______________ของข้าพเจ้า ในกรณีนี้ ข้าพเจ้ารับทราบและตกลงว่า ข้าพเจ้าไม่มีสิทธิในการเรียกร้อง ค่าเบี้ยประกันภัย ค่าสินไหมทดแทน ค่าเสียหาย ค่าใช้จ่าย หรือความรับผิดใด ๆ จากบริษัทและ/ หรือผู้เอาประกันทั้งสิ้น/

To make a payment for insurance premium for policy Number as shown below which the insured's name is _______________________. The relationship between me and insured can be identified as_________________. However, I acknowledge and agree that I have no right to claim for any insurance premium, compensation, damage, expense or liability from the Company and/or the insured.

ประเภทบัตร / Card Type ☐ VISA ☐ MasterCard ☐ JCB   ธนาคารเจ้าของบัตร ___________________________________
Cardholder bank name

หมายเลขบัตรเครดิต / Card Number   บัตรหมดอายุ / Expiry Date

				■					■					■				

		■		

เพื่อชำระเบี้ยประกันภัยกรมธรรม์เลขที่ / For insurance policy No.   จำนวนเงิน / Amount

		■				■								■						■					■			■	บาท / Baht
		■				■								■						■					■			■	บาท / Baht

กรณียังไม่มีเลขที่กรมธรรม์ / **In case of no policy number**

*** กรมธรรม์ประกันรถยนต์ / **Motor Insurance** ยี่ห้อรถ / Brand ___________________ รุ่นรถ / Model___________________

เลขตัวถัง / Chassis No. _________________ เลขเครื่องยนต์ / Engine No. ______________ เลขทะเบียน / License Plate No.____________

รวมจำนวนเงินทั้งหมด / Total Amount ___________ บาท (Baht) ตัวอักษร / Total amount in words _____________________________

*** กรมธรรม์ประกันภัยอื่น ๆ / **Non -Motor Insurance** เลขที่เอกสารเสนอราคา / Quotation No. ______________________________

รวมจำนวนเงินทั้งหมด / Total Amount ___________ บาท (Baht) ตัวอักษร / Total amount in words _____________________________

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท / Officer use only	
จำนวนเงิน / Amount	
รหัสอนุมัติ / Approval Code	
เลขที่เอกสารอ้างอิง / Ref.	
วันที่ / Date	เจ้าหน้าที่ / Officer

____

ลายมือชื่อ / Cardholder's Signature

หมายเหตุ : บริษัทฯ จะส่งใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษี ให้แก่ผู้เอาประกันภัยซึ่งจะมีผลบังคับเมื่อเรียกเก็บเงินได้แล้ว / The Company will deliver the receipt/tax invoice to the insured with its validity starts effective after the payment is completed.