



บมจ. เอเชียประกันภัย 1950

ASIA INSURANCE 1950 PCL.

183 อาคารริเจนต์เฮาส์ ชั้น 12 ถนนรามคำแหง  
แขวงสุขุมวิท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
183 REGENT HOUSE BLDG., 12 FL., RAJADAMRI RD.,  
LUMPINI, PATHUMWAN, BANGKOK 10330

TEL. 0-2869-3399  
FAX. 0-2250-5278  
เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร  
(TAX ID.) 0107556000159

MAIL ORDER

หมายเลขร้านค้า 9500-9795-6

แบบฟอร์มการชำระเบี้ยประกันผ่านบัตรเครดิต

รายละเอียดเจ้าของบัตร

ชื่อ - นามสกุล (เจ้าของบัตร) : .....  
ที่อยู่ : .....  
เบอร์โทรศัพท์ : ..... แฟกซ์ : ..... E-mail : .....

รายละเอียดผู้อาประกัน

ชื่อ - นามสกุล (ผู้อาประกัน) : .....  
ประเภทการประกัน : ..... ภาวะภัย..... เริ่มคุ้มครอง : .....  
กรมธรรม์เลขที่ : ..... จำนวนเงิน : .....

รายละเอียดบัตรเครดิต

ประเภทบัตร



VISA CARD



MASTER CARD

จำนวนเงินที่ขออนุมัติ.....บาท  
รหัสอนุมัติจากธนาคาร.....

ออกโดย

|  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ธนาคารสกลไทย  | <input type="checkbox"/> ธนาคารกรุงไทย       | <input type="checkbox"/> ธนาคารไทยพาณิชย์ |
| <input type="checkbox"/> ธนาคารกรุงไทย | <input type="checkbox"/> ธนาคารกรุงศรีอยุธยา | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ .....     |

ข้าพเจ้ามีความประสงค์และยินยอมให้ทางบริษัท บมจ. เอเชียประกันภัย 1950 เรียกเก็บเงินจากบัตรเครดิตของข้าพเจ้า เพื่อชำระค่าเบี้ยประกัน.....ดังมีรายละเอียดข้างต้นเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....) จากธนาคารหรือบริษัทที่ออกบัตรเครดิตของข้าพเจ้า ดังนี้

หมายเลขบัตร :

รหัส 3 ตัวสุดท้ายที่ปรากฏบนแถบลายเซ็นด้านหลังบัตรเครดิต :

บัตรหมดอายุวันที่ : ..... เจ้าของบัตรลงนาม : .....  
วันที่ : .....

เจ้าหน้าที่บริษัทฯ

สำนักงาน / ศูนย์ : ..... ลงชื่อเจ้าหน้าที่ : .....  
วันที่ : .....

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ประสานส่งแฟ้มข้อมูที่ฝ่ายควบคุมเบี้ย หมายเลขโทรสาร 0-2250-5285