



ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่น ๆ _____ ชื่อ-สกุล _____
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ _____

โทรศัพท์ _____ มือถือ _____ อีเมล _____

ในฐานะ ☐ ผู้เอาประกันภัย / ผู้ขอเอาประกันภัย
☐ ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีระบุความสัมพันธ์) ☐ บิดา / มารดา ☐ สามี / ภรรยา ☐ บุตร ☐ อื่น ๆ (ระบุ) _____

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ชำระเบี้ยประกันภัยให้กับบริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ตามกรมธรรม์ประกันภัย / ใบคำขอ
เลขที่ _____ ชื่อผู้เอาประกันภัย / ผู้ขอเอาประกันภัย _____

ชำระเบี้ยประกันภัยราย ☐ 12 เดือน ☐ 6 เดือน ☐ 3 เดือน ☐ 1 เดือน ด้วยช่องทางหนึ่งช่องทางใด ดังนี้
☐ หักบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า ธนาคาร _____ สาขา _____

เลขที่บัญชี _____ บัญชีเงินฝากประเภท ☐ ออมทรัพย์ ☐ กระแสรายวัน
☐ สมัครผ่านเครื่อง ATM / Internet Banking กรุณาทำการสมัครภายใน 7 วัน นับแต่ยื่นเอกสารแบบขอชำระเบี้ยประกันภัย ฯ เรียบร้อยแล้ว
หากเกินระยะเวลาที่กำหนดถือว่าลูกค้าไม่ประสงค์ชำระเบี้ยประกันภัยโดยหักบัญชีเงินฝากธนาคารอัตโนมัติ ตามแบบขอชำระ
เบี้ยประกันภัยนี้ โดยลูกค้ายังคงมีหน้าที่ชำระเบี้ยประกันภัยให้แก่บริษัทตามวิธีการชำระเบี้ยประกันภัยเดิม (ท่านจะได้รับผลการพิจารณา
จากธนาคาร 3 วันทำการ)

โดยขอให้หักบัญชีเงินฝากอัตโนมัติทุกวันที่ ☐ วันที่ 15 ☐ วันทำการสุดท้ายของเดือนที่ถึงกำหนดชำระเบี้ยประกันภัย

☐ หักบัญชีบัตรเครดิตของข้าพเจ้า ประเภทบัตร ☐ Visa ☐ Master Card บริษัท / ธนาคารผู้ออกบัตร _____

หมายเลขบัตรเครดิต บัตรหมดอายุ
Credit Card No. Expiry Date

ชื่อผู้ถือบัตร (ภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่ตรงกับหน้าบัตร) Cardholder's name (AS shown on Credit Card)

โดยขอให้หักบัญชีบัตรเครดิตตามวันที่ถึงกำหนดชำระเบี้ยประกันภัย

ขอหักชำระเบี้ยประกันภัย ☐ งวดแรก ☐ งวดต่อไปทุกงวด ☐ งวดเดียว (ระบุงวดที่ _____)

ข้าพเจ้าตกลงและยอมรับว่า หากไม่สามารถหักบัญชีเงินฝาก หรือหักบัญชีบัตรเครดิตตามเงื่อนไขที่ระบุไว้ข้างต้นได้ ไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใด
ก็ตามให้ถือเสมือนหนึ่งว่าข้าพเจ้ายังไม่ได้ชำระเบี้ยประกันภัยตามกรมธรรม์ประกันภัยดังกล่าวข้างต้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการตามความประสงค์ของข้าพเจ้า

ลงชื่อ _____ ผู้เอาประกันภัย
(_____)

ลายมือชื่อตามใบคำขอเอาประกัน

วันที่ _____ เดือน _____ ปี _____

ลงชื่อ _____ เจ้าของบัญชี / บัตรเครดิต
(_____)

ลายมือชื่อตามบัญชีเงินฝากธนาคาร หรือตามบัตรเครดิต

วันที่ _____ เดือน _____ ปี _____

สำหรับเจ้าหน้าที่

☐ ผ่าน
กรณีแสดงความประสงค์หักบัญชีบัตรเครดิต ☐ ไม่ผ่าน

ลงชื่อ _____ ผู้ตรวจสอบ
(_____)

วันที่ _____ เดือน _____ ปี _____

สำหรับตัวแทน

ลายมือชื่อตัวแทนประกันชีวิต

ชื่อ-สกุล _____

รหัส _____

วันที่ _____ เดือน _____ ปี _____