



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 \_\_\_\_\_



เขียนที่ \_\_\_\_\_  
วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

เรียน ผู้จัดการธนาคาร \_\_\_\_\_ สาขา \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้า \_\_\_\_\_ เจ้าของบัญชีเงินฝากประเภท \_\_\_\_\_  
ชื่อบัญชี \_\_\_\_\_ สาขาเจ้าของบัญชี \_\_\_\_\_ เลขที่บัญชี \_\_\_\_\_  
สถานที่ติดต่อ เลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ตรอก/ซอย \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_  
ตำบล/แขวง \_\_\_\_\_ อำเภอ/เขต \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_  
รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_ โทร.(ที่ทำงาน) \_\_\_\_\_ โทร.(บ้าน) \_\_\_\_\_ มือถือ \_\_\_\_\_

มีความประสงค์ให้ธนาคารหักเงินจากบัญชีเงินฝากดังกล่าวของข้าพเจ้า เพื่อชำระหนี้ และ/หรือบรรดาภาระผูกพันต่างๆ ให้แก่บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด(มหาชน) (ต่อไปนี้จะเรียกว่า “บริษัท”) ตามจำนวนที่ปรากฏในใบแจ้งหนี้ และ/หรือ แผ่นบันทึกข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่ทางธนาคารได้รับจากบริษัท และนำเงินดังกล่าวโอนเข้าบัญชีของบริษัท

ในการหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า เพื่อชำระหนี้ และ/หรือบรรดาภาระผูกพันต่าง ๆ ให้แก่บริษัทดังกล่าว หากปรากฏในภายหลังว่าจำนวนเงินที่บริษัทแจ้งแก่ธนาคารนั้นไม่ถูกต้อง และธนาคารได้ทำการหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า ตามจำนวนที่ปรากฏในใบแจ้งหนี้ หรือแผ่นบันทึกข้อมูลหรือข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ที่ทางธนาคารได้รับจากบริษัท เรียบร้อยแล้ว ข้าพเจ้าตกลงที่จะดำเนินการเรียกร้องเงินจำนวนดังกล่าว จากบริษัทโดยตรง โดยทั้งนี้ข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิ์ในการเรียกร้อง หรือฟ้องร้องให้ธนาคารชดเชยเงินที่ธนาคารได้หักโอนจากบัญชีของข้าพเจ้า เพื่อชำระหนี้แก่บริษัท ตามจำนวนที่ปรากฏในใบแจ้งหนี้หรือแผ่นบันทึกข้อมูล หรือข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ที่ธนาคารได้รับจากบริษัท และข้าพเจ้ายอมรับว่าธนาคารจะหักเงินจากบัญชีของข้าพเจ้าได้ต่อเมื่อเงินในบัญชีมีเพียงพอ ในการหักบัญชีในขณะนั้นเท่านั้นและในการหักบัญชีเงินฝากดังกล่าว ข้าพเจ้าไม่ประสงค์จะให้ธนาคารแจ้งการหักบัญชีแต่อย่างใด เนื่องจากข้าพเจ้าสามารถทราบรายการดังกล่าวได้จากสมุดคู่ฝาก/STATEMENT ของธนาคาร หรือจากใบรับ/ใบเสร็จรับเงินของบริษัท

ในกรณีที่เอกสารหลักฐาน เลขที่บัญชีเงินฝากที่กล่าวในวรรคข้างต้น ได้เปลี่ยนแปลงไป ไม่ว่าโดยเหตุใดก็ตาม หนังสือขอให้หักบัญชีเงินฝากฉบับนี้ คงมีผลใช้บังคับสำหรับบัญชีเงินฝากหมายเลขที่ได้เปลี่ยนแปลงนั้น ๆ ได้ด้วยทุกประการ

การให้หักบัญชีเงินฝากดังกล่าวข้างต้น ให้มีผลบังคับทันทีนับแต่วันทำหนังสือนี้ และให้คงมีผลบังคับต่อไปจนกว่าจะได้เพิกถอนโดยทำเป็นลายลักษณ์อักษรแจ้งให้ธนาคาร และบริษัททราบล่วงหน้าอย่างน้อย 1 เดือน

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้ให้ความยินยอม  
( \_\_\_\_\_ )  
ตามที่ให้ไว้กับธนาคาร

รับรองลายมือชื่อผู้ให้ความยินยอม

ลงชื่อ \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ )  
บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

ธนาคารตรวจสอบแล้วถูกต้อง

ลงชื่อ \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ )  
ลายมือชื่อผู้รับมอบอำนาจสาขา