



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

สมัครงานเครื่อง ATM / Internet Banking กรุณาทำการสมัครงานภายใน 7 วัน นับแต่ยื่นเอกสารแบบขอชำระเบี้ยประกันภัย ฯ เรียบร้อยแล้ว  
หากเกินระยะเวลาที่กำหนดถือว่าลูกค้าไม่ประสงค์ชำระเบี้ยประกันภัยโดยหักบัญชีเงินฝากธนาคารอัตโนมัติ ตามแบบขอชำระ  
เบี้ยประกันภัยนี้ โดยลูกค้ายังคงมีหน้าที่ชำระเบี้ยประกันภัยให้แก่บริษัทตามวิธีการชำระเบี้ยประกันภัยเดิม (ท่านจะได้รับผลการพิจารณา  
จากธนาคาร 3 วันทำการ)

โดยขอให้หักบัญชีเงินฝากอัตโนมัติทุกวันที่  วันที่ 15  วันทำการสุดท้ายของเดือนที่ถึงกำหนดชำระเบี้ยประกันภัย

หักบัตรเครดิตของข้าพเจ้า ประเภทบัตร  Visa  Master Card บริษัท / ธนาคารผู้ออกบัตร \_\_\_\_\_

หมายเลขบัตรเครดิต     บัตรหมดอายุ    
Credit Card No. Expiry Date

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

โดยขอให้หักบัตรเครดิตตามวันที่ถึงกำหนดชำระเบี้ยประกันภัย

ขอหักชำระเบี้ยประกันภัย  งวดแรก  งวดต่อไปทุกงวด  งวดเดียว (ระบุงวดที่ \_\_\_\_\_)

- ทั้งนี้ เฉพาะการชำระเบี้ยประกันภัยราย 1 เดือน และ 3 เดือน ข้าพเจ้าขอให้บริษัท ฯ
- แจ้งผลการชำระเบี้ยประกันภัยผ่านทาง SMS ตามเบอร์โทรศัพท์ที่ให้ไว้กับบริษัท ฯ ทุกครั้งที่มีการชำระเบี้ยประกันภัย และ
  - นำส่งใบเสร็จรับเงินเบี้ยประกันภัยของทุกงวดที่มีการชำระ ภายในเดือนมกราคมของปีถัดไปให้แก่ข้าพเจ้า

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 \_\_\_\_\_