

แบบฟอร์มการชำระเบี้ยประกันผ่านบัตรเครดิต

รายละเอียดเจ้าของบัตร

ชื่อ - นามสกุล (เจ้าของบัตร) : .....

ที่อยู่ : .....

เบอร์โทรศัพท์ : ..... แฟกซ์ : ..... E-mail : .....

รายละเอียดผู้อาประกัน

ชื่อ - นามสกุล (ผู้อาประกัน) : .....

ประเภทการประกัน : ..... เริ่มคุ้มครอง : .....

กรมธรรม์เลขที่ : ..... จำนวนเงิน : .....

รายละเอียดบัตรเครดิต

ประเภทบัตร






 VISA CARD

 MASTER CARD

ออกโดย

จำนวนเงินที่ขออนุมัติ.....บาท

รหัสอนุมัติจากธนาคาร.....

<input type="checkbox"/>  ธนาคารสีกกรไทย	<input type="checkbox"/>  ธนาคารกรุงเทพ	<input type="checkbox"/>  ธนาคารไทยพาณิชย์
<input type="checkbox"/>  ธนาคารกรุงไทย	<input type="checkbox"/>  ธนาคารกรุงศรีอยุธยา	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ .....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์และยินยอมให้ทางบริษัท 10|เชียวประกันภัย 1950 จำกัด เรียกเก็บเงินจากบัตรเครดิตของข้าพเจ้า เพื่อชำระค่าเบี้ยประกัน.....ดังมีรายละเอียดข้างต้นเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....) จากธนาคารหรือบริษัทที่ออกบัตรเครดิตของข้าพเจ้า ดังนี้

หมายเลขบัตร :

รหัส 3 ตัวสุดท้ายที่ปรากฏบนแถบลายเซ็นด้านหลังบัตรเครดิต :

บัตรหมดอายุวันที่ : ..... ลายเซ็น (เจ้าของบัตร) : .....  
วันที่ : .....

เจ้าหน้าที่บริษัทฯ

สำนักงาน / ศูนย์ : ..... ลงมือเจ้าหน้าที่ : .....

วันที่ : .....

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ที่ลูกค้าส่งแฟกซ์มาให้ฝ่ายควบคุมเบี้ย หมายเลขโทรสาร 0-2250-5285