

บริษัท อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน)

898 อาคารเพลินจิตทาวเวอร์ ชั้น 1 โซนบี ชั้น 9 โซน เอ 2 และบี 2

B ชั้น 9 โซน A2 และ B2 ชั้น 18 โซน A ถนนเพลินจิต แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทร. 02 657 2555 โทรสาร 02 657 2500

ทะเบียนนิติบุคคล/เลขประจำตัวผู้เสียภาษี เลขที่ 0107554000259



From	ชื่อผู้ถือบัตรเครดิต ที่อยู่ผู้ถือบัตรเครดิต	Tel Ext	ผู้ถือบัตรเครดิต	Fax	ผู้ถือบัตรเครดิต
To	ชื่อผู้รับชำระเบี้ยประกันภัยโครงการ Smart Pay	Tel	ผู้รับชำระเบี้ยประกันภัย โครงการ Smart Pay	Fax	ผู้รับชำระเบี้ยประกันภัย โครงการ Smart Pay
Date		Ext			

แบบฟอร์มการผ่อนชำระค่าสินค้า/บริการผ่านบัตรเครดิตธนาคารกสิกรไทย Smart Pay

Reference No.(IA No.).....สำหรับ ผู้ถือบัตรเครดิต

ข้าพเจ้าผู้ถือบัตรเครดิตชื่อ นาย/นางสาว/นาง บัตรประชาชนเลขที่.....

ที่อยู่ปัจจุบัน

โทรศัพท์..... โทรสาร มือถือ

เป็นผู้ถือบัตรเครดิตธนาคารกสิกรไทย เลขที่.....วันบัตรหมดอายุ (เดือน / ปี)

 - - -

มีความประสงค์จะเข้าร่วมโปรแกรมผ่อนชำระ Smart Pay ของธนาคารกสิกรไทย โดยขอใช้วงเงินในบัตรเครดิตของข้าพเจ้าชำระค่าเบี้ยประกันภัย
ของข้าพเจ้า หรือในฐานะผู้ขอเอาประกันภัยจะต้องชำระ
ตามสัญญาประกันภัยที่มีอยู่กับ บริษัท อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า “อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย”
จำนวน.....บาท (.....)

โดยข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้ธนาคารกสิกรไทยหักเงินจากวงเงินคงเหลือในบัตรเครดิตของข้าพเจ้า เพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัยดังกล่าวให้แก่
อลิอันซ์ .ประกันภัย ไปก่อน และข้าพเจ้าตกลงผ่อนชำระคืนเงินดังกล่าว (ไม่มีดอกเบี้ย) ให้แก่ธนาคารกสิกรไทยแบ่งเป็นงวด ๆ ละ
.....บาท ต่อเดือน

โดยข้าพเจ้าตกลงยินยอม และผูกพันปฏิบัติตามข้อกำหนด และเงื่อนไขของโปรแกรมผ่อนชำระ Smart Pay ของธนาคารกสิกรไทย และ/หรือ
ข้อกำหนดและเงื่อนไขใดเพิ่มเติมที่ธนาคารกสิกรไทยแจ้งให้ทราบเป็นครั้งคราวอีกส่วนหนึ่งด้วย

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อกำหนดและเงื่อนไขต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการดำเนินการตามที่ระบุไว้ข้างต้นเป็นอย่างดีแล้วและขอรับรองว่าข้อความ
ที่ปรากฏข้างต้นและข้อความที่ปรากฏในเอกสารต่าง ๆ เป็นความจริงทุกประการ
(.....) (.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

ผู้ถือบัตรเครดิต

- ข้อกำหนด
- ธนาคารกสิกรไทยจะเป็นผู้พิจารณาอนุมัติรายการ ซึ่งผู้ถือบัตรเครดิตจะต้องมีคุณสมบัติตามที่ธนาคารกำหนด และจะต้องมี
วงเงินในบัตรเครดิตเหลือเพียงพอที่จะทำการการ
 - ข้อตกลงความคุ้มครองของ อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย จะมีผลบังคับก็ต่อเมื่อธนาคารกสิกรไทยอนุมัติรายการแล้วเท่านั้น
 - กรณีคืนค่าเบี้ยประกันภัย อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย ขอสงวนสิทธิ์เป็นผู้พิจารณาคืนตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในกรมธรรม์ประกันภัย
ประเภทเดียวกับที่ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะสมัครใช้บริการกับ อลิอันซ์ ประกันภัย ไปยังผู้ขอเอาประกันภัย เว้นแต่ กรณีที่ต้องคืน
เบี้ยประกันภัย อันเนื่องมาจากการยกเลิกกรมธรรม์ในช่วงระยะเวลาการแบ่งชำระอัตโนมัติดังกล่าวข้างต้น และ อลิอันซ์ อยุธยา
ประกันภัย ได้รับแจ้งจากธนาคารกสิกรไทยว่า ธนาคารกสิกรไทยยังได้รับชำระหนี้อันเนื่องมาจากการอนุมัติรายการข้างต้น ไม่เต็ม
จำนวน อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย จะคืนค่าเบี้ยประกันภัยดังกล่าวไปยังธนาคารกสิกรไทย ซึ่งธนาคารกสิกรไทยจะนำไป
จัดสรรคืนหนี้ดังกล่าว หากมีเงินคงเหลืออยู่เท่าใด ทางธนาคารกสิกรไทยจะคืนเงินจำนวนดังกล่าวเข้าสู่บัญชีของผู้ถือบัตรเครดิต
ต่อไป
 - ธนาคารกสิกรไทยมิได้เป็นตัวแทน/นายหน้าประกันวินาศภัยให้แก่ อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย และไม่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้ข้อมูล
หรือบริการใดๆ เกี่ยวกับแผนประกันภัยของ อลิอันซ์ประกันภัย หรือตัวแทน/นายหน้าประกันวินาศภัยเป็นผู้เสนอ แผนประกันภัย
ให้แก่ผู้ถือบัตรเครดิตและ/หรือผู้ขอเอาประกันภัย ซึ่งผู้ถือบัตรเครดิตและ/หรือผู้ขอเอาประกันภัยมีสิทธิที่จะเอาประกันภัยหรือไม่ก็ได้
และถ้าประสงค์จะเอาประกันภัย ผู้ถือบัตรเครดิตและ/หรือผู้ขอเอาประกันภัยก็จะเป็นผู้ติดต่อขอเอาประกันภัยไปยัง อลิอันซ์ อยุธยา
ประกันภัย ซึ่งธนาคารกสิกรไทยเป็นเพียงผู้อำนวยความสะดวกในการเรียกเก็บค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิตธนาคารกสิกรไทย
ภายใต้ข้อกำหนดในข้อ 1. ข้างต้น เพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัยให้แก่ อลิอันซ์ ประกันภัยเท่านั้น

สำหรับเจ้าหน้าที่ / For officer only

Payer ID

IA No.

ผู้รับชำระเบี้ยประกันภัยโครงการ Smart Payสังกัด.....

Received Date [] Approved [] Rejected Approval Code..... Approval name.....

Remark

.....
(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับชำระเบี้ยประกันภัยโครงการ Smart Pay

บริษัท อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน)

898 อาคารเพลินจิตทาวเวอร์ ชั้น 1 โซนบี ชั้น 9 โซน เอ 2 และบี 2

B ชั้น 9 โซน A2 และ B2 ชั้น 18 โซน A ถนนเพลินจิต แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทร. 02 657 2555 โทรสาร 02 657 2500

ทะเบียนนิติบุคคล/เลขประจำตัวผู้เสียภาษี เลขที่ 0107554000259

