

LMG Insurance Public Company Limited

บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด (มหาชน)

หนังสือให้ความยินยอมตัดบัญชีผ่านบัตรเครดิต

วันที่ (Date).....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด (มหาชน) เรียกเก็บเงินของข้าพเจ้าจากบัตรเครดิตของข้าพเจ้าเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัย ตามรายละเอียดดังนี้ (I agree and accept LMG Insurance Public Company Limited to collect insurance premium via my credit card for policy as below details)

กรมธรรม์เลขที่ (Policy Number) _____ รหัสตัวแทน (Agent Code) _____

ชื่อผู้เอาประกันภัย (Insured Name) _____

จำนวนเงิน (Amount) _____ บาท (Baht) (_____)

☐ บัตรเครดิตวีซ่า ธนาคาร (Visa card) Bank name _____

☐ บัตรเครดิตมาสเตอร์การ์ด ธนาคาร (Master card) Bank name _____

☐ บัตรเครดิตเจซีบี ธนาคาร (JCB card) Bank name _____

หมายเลขบัตร (Card Number) _____ - _____ - _____ - _____

บัตรหมดอายุ (Expired Date) _____ - _____ (mm-yy)

โดยให้ทำการตัดบัตรวันที่ _____

ชื่อเจ้าของบัตร นาย / นาง / นางสาว (Cardmember Name) _____

ที่อยู่ (Address) _____

โทรศัพท์บ้าน (Home phone) _____ มือถือ (Mobile) _____

ลายมือชื่อ (ตามบัตร) (Authorized Signature) _____

หมายเหตุ : บริษัทฯ จะส่งใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษี ให้แก่ผู้เอาประกันภัย เมื่อได้รับการยืนยันจากธนาคารว่าเรียกเก็บเงินได้แล้ว

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทฯ / Company Staff only

จำนวนเงิน.....รหัสอนุมัติ.....

วันที่ขออนุมัติ.....เจ้าหน้าที่ผู้ขอรหัสอนุมัติ.....

เลขที่เอกสารอ้างอิง.....