

บริษัท อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน)

898 อาคารเพลินิจิตทาวเวอร์ ชั้น1 โซน B ชั้น7 โซน B ชั้น8 โซน A และ B ชั้น 9 โซน A2 และ B2 ชั้น 18

โซน A ถนนพหลินจิต แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทร. 02 657 2555 โทรสาร 02 657 2500

ทะเบียนนิติบุคคล/เลขประจำตัวผู้เสียภาษี เลขที่ 0107554000259



From	ชื่อผู้ถือบัตรเครดิต	Tel Ext	ผู้ถือบัตรเครดิต	Fax	ผู้ถือบัตรเครดิต
	ที่อยู่ผู้ถือบัตรเครดิต				
To	ชื่อผู้รับชำระเบี้ยประกันภัย	Tel	ผู้รับชำระเบี้ยประกันภัย	Fax	ผู้รับชำระเบี้ยประกันภัย
Date		Ext			

แบบฟอร์มการผ่อนชำระค่าสินค้า/บริการผ่านบัตรเครดิต KTC

Reference No.(IA No.).....

สำหรับ ผู้ถือบัตรเครดิต

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

ที่อยู่ปัจจุบัน

โทรศัพท์..... โทรสาร มือถือ

เป็นผู้ถือบัตรเครดิตบัตรกรุงไทย จำกัด (มหาชน) เลขที่ วันบัตรหมดอายุ (เดือน / ปี)
[][][][] - [][][][][] - [][][][][] - [][][][][] [][][][][]

มีความประสงค์จะเข้าร่วมโปรแกรมผ่อนชำระ ของ บริษัท บัตรกรุงไทย จำกัด (มหาชน) โดยขอใช้วงเงินในบัตรเครดิตของข้าพเจ้าชำระค่าเบี้ยประกันภัย ของ
ข้าพเจ้า หรือในฐานะผู้ขอเอาประกันภัยจะต้องชำระตามสัญญาประกันภัยที่มีอยู่
กับ บริษัท อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า “อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย” จำนวน.....บาท
(.....)

โดยข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้บริษัท บัตรกรุงไทย จำกัด (มหาชน) หักเงินจากวงเงินคงเหลือในบัตรเครดิตของข้าพเจ้า เพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัยดังกล่าว
ให้แก่อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย ไปก่อน และข้าพเจ้าตกลงผ่อนชำระคืนเงินดังกล่าว (ไม่มีดอกเบี้ย) ให้แก่บริษัท บัตรกรุงไทย จำกัด (มหาชน) แบ่งเป็น
.....งวด ๆ ละบาท ต่อเดือน

โดยข้าพเจ้าตกลงยินยอม และผูกพันปฏิบัติตามข้อกำหนด และเงื่อนไขของโปรแกรมผ่อนชำระ ของบริษัท บัตรกรุงไทย จำกัด (มหาชน) และ/หรือข้อกำหนด
และเงื่อนไขใดเพิ่มเติมที่บริษัท บัตรกรุงไทย จำกัด (มหาชน) แจ้งให้ทราบเป็นครั้งคราวอีกส่วนหนึ่งด้วย ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อกำหนดและเงื่อนไขต่าง ๆ
ที่เกี่ยวกับการดำเนินการตามที่ระบุไว้ข้างต้นเป็นอย่างดีแล้วและขอรับรองว่าข้อความที่ปรากฏข้างต้นและข้อความที่ปรากฏในเอกสารต่าง ๆ เป็นความจริงทุก
ประการ

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

ผู้ขอเอาประกันภัย

ผู้ถือบัตรเครดิต

- ข้อกำหนด**
- บริษัท บัตรกรุงไทย จำกัด (มหาชน) โดยจะเป็นผู้พิจารณาอนุมัติรายการ ซึ่งผู้ถือบัตรเครดิตจะต้องมีคุณสมบัติตามที่ธนาคารกำหนด และจะต้องมีวงเงินในบัตรเครดิตเหลือเพียงพอที่จะทำรายการ
 - ข้อตกลงความคุ้มครองของ อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย จะมีผลบังคับก็ต่อเมื่อบริษัท บัตรกรุงไทย จำกัด (มหาชน) โดยอนุมัติรายการแล้วเท่านั้น
 - กรณีคืนค่าเบี้ยประกันภัย อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย ขอสงวนสิทธิ์เป็นผู้พิจารณาคืนตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยประเภทเดียวกับที่ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะสมัครใช้บริการกับ อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย ไปยังผู้ขอเอาประกันภัย เว้นแต่ กรณีต้องคืนเบี้ยประกันภัย อันเนื่องมาจากการยกเลิกกรมธรรม์ในช่วงระยะเวลาการแบ่งชำระอัตโนมัติดังกล่าวข้างต้น และ อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย ได้รับแจ้งจาก บริษัท บัตรกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ว่า บริษัท บัตรกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ยังได้รับชำระหนี้เนื่องมาจากการอนุมัติรายการข้างต้น ไม่เต็มจำนวน อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย จะคืนค่าเบี้ยประกันภัยดังกล่าวไปยังบริษัท บัตรกรุงไทย จำกัด (มหาชน) โดยซึ่งบริษัท บัตรกรุงไทย จำกัด (มหาชน) โดยจะนำไปจัดสรรคืนหนี้ดังกล่าว หากมีเงินคงเหลืออยู่เท่าใด ทางบริษัท บัตรกรุงไทย จำกัด (มหาชน) โดยจะคืนเงินจำนวนดังกล่าวเข้าสู่บัญชีของผู้ถือบัตรเครดิตต่อไป
 - บริษัท บัตรกรุงไทย จำกัด (มหาชน) โดยมีได้เป็นตัวแทน/นายหน้าประกันวินาศภัยให้แก่ อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย และไม่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้ข้อมูลหรือบริการใดๆ เกี่ยวกับแผนประกันภัยของ อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย หรือตัวแทน/นายหน้าประกันวินาศภัยเป็นผู้เสนอแผนประกันภัยให้แก่ผู้ถือบัตรเครดิตและ/หรือผู้ขอเอาประกันภัย ซึ่งผู้ถือบัตรเครดิตและ/หรือผู้ขอเอาประกันภัยมีสิทธิที่จะเอาประกันภัยหรือไม่ก็ได้ และถ้าประสงค์จะเอาประกันภัย ผู้ถือบัตรเครดิตและ/หรือผู้ขอเอาประกันภัยก็จะเป็นผู้ติดต่อขอเอาประกันภัยไปยัง อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย ซึ่ง บริษัท บัตรกรุงไทย จำกัด (มหาชน) โดยเป็นเพียงผู้อำนวยความสะดวกในการเรียกเก็บค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิตบริษัท บัตรกรุงไทย จำกัด (มหาชน) โดยภายใต้ข้อกำหนดในข้อ 1. ข้างต้น เพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัยให้แก่ อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัยเท่านั้น

สำหรับเจ้าหน้าที่ / For officer only		Payer ID	IA No.
ผู้รับชำระเบี้ยประกันภัยโครงการ Smart Pay		สังกัด.....	
Received Date	[] Approved [] Rejected	Approval Code.....	Approval name.....
Remark		(.....)	

เจ้าหน้าที่ผู้รับชำระเบี้ยประกันภัย

บริษัท อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน)

898 อาคารเพลีนจิตทาวเวอร์ ชั้น1 โซน B ชั้น7 โซน B ชั้น8 โซน A และ B ชั้น 9 โซน A2 และ B2 ชั้น 18
โซน A ถนนเพลีนจิต แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทร. 02 657 2555 โทรสาร 02 657 2500

ทะเบียนนิติบุคคล/เลขประจำตัวผู้เสียภาษี เลขที่ **0107554000259**

