บริษัท ซมโปะ ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
Sompo Insurance (Thailand) Public Company Limited

หนังสือให้ความยินยอมตัดบัญชีผ่านบัตรเครดิต
Consent Letter for Credit Card Payment

กรุณากรอกรายละเอียดลงในแบบฟอร์ม "หนังสือให้ความยินยอมตัดบัญชีผ่านบัตรเครดิต" ให้ครบถ้วน พร้อมลงลายมือชื่อให้ตรงกับด้านหลังบัตรเครดิตที่ใช้ชำระเงิน และส่งมอบให้เจ้าหน้าที่ฯ หรือส่งกลับมายังบริษัทฯ ทางโทรสารหมายเลข 02-636-2450
Please complete this consent letter and return to us by hand or by fax to 02-636-2450

วันที่แจ้ง/Date _______________

ข้าพเจ้า / I, ____นาย / MR. _____นาง / MRS. _____ นางสาว / MS. _____อื่น ๆ (Title)

ชื่อ / First name ______________________________ นามสกุล / Family name ______________________________

ที่อยู่ตามบัตรเครดิต / Credit card's billing address ____

____ โทรศัพท์ / Tel. _______________

มีความประสงค์ และยินยอมให้ทางบริษัท ซมโปะ ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) หักบัญชีบัตรเครดิต เพื่อชำระเบี้ยประกันภัย /
I hereby authorize Sompo Insurance (Thailand) Plc. to charge my credit card in order to make a payment for insurance premium for policy as below detail.

ประเภทบัตร / Card Type ☐ VISA ☐ MasterCard ☐ JCB ธนาคารเจ้าของบัตร _______________________
Cardholder bank name

หมายเลขบัตรเครดิต / Card Number: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

บัตรหมดอายุ / Expiry Date: ☐☐ ☐☐

เพื่อชำระเบี้ยประกันภัยกรมธรรม์เลขที่ / For insurance policy No. — จำนวนเงิน / Amount

☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐ ☐ .... บาท / Baht

☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐ ☐ .... บาท / Baht

☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐ ☐ .... บาท / Baht

กรณียังไม่มีเลขที่กรมธรรม์ / In case of no policy No.

*** **กรมธรรม์ประกันรถยนต์ / Motor Insurance** ยี่ห้อรถ / Brand __________________ รุ่นรถ / Model________________________

เลขตัวถัง / Chassis No. _______________ เลขเครื่องยนต์ / Engine No. _____________ เลขทะเบียน / License Plate No.________

รวมจำนวนเงินทั้งหมด / Total Amount __________ บาท (Baht) ตัวอักษร / Total amount in words ______________________

*** **กรมธรรม์ประกันภัยอื่น ๆ / Non -Motor Insurance** เลขที่เอกสารเสนอราคา / Quotation No. __________________________

รวมจำนวนเงินทั้งหมด / Total Amount __________ บาท (Baht) ตัวอักษร / Total amount in words ______________________

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท / Officer use only	
จำนวนเงิน / Amount	
รหัสอนุมัติ / Approval Code	
ผู้ตรวจสอบชื่อบนบัตรเครดิต / Checked by	
วันที่ / Date	เจ้าหน้าที่ / Officer

____
ลายมือชื่อ / Cardholder's Signature

หมายเหตุ : บริษัทฯ จะส่งใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษี ให้แก่ผู้เอาประกันภัยซึ่งจะมีผลบังคับเมื่อเรียกเก็บเงินได้แล้ว / The Company will deliver the receipt/tax invoice to the insured with its validity starts effective after the payment is completed.

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม 02-119-3000 ต่อ 1503 หรือ 089-967-7513 โทรสาร 02-636-2450

www.sompo.co.th