

แบบฟอร์มการชำระค่าเบี้ยประกันผ่านบัตรเครดิต (Credit Card Payment for Premium : Form 1)

แบบฟอร์มชำระเต็มจำนวน

(Full Payment)

ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย (Insured Name & Surname) _____

เลขที่กรมธรรม์/เลขอ้างอิง (Policy Number/Reference No) _____ รหัสตัวแทน (Agent Code) _____

☐ VISA CARD BANK.....

☐ JCB CARD BANK.....

☐ MASTER CARD BANK.....

☐ AMEX CARD

หมายเลขบัตรเครดิต (Card No.) - - -

ชื่อ-นามสกุลผู้ถือบัตรเครดิต (Cardholder Name) _____ วันหมดอายุของบัตร (Expiry Date) _____

หมายเลขโทรศัพท์เพื่อติดต่อ (Mobile/Tel no.) _____ อีเมล (Email) _____

กรุณาระบุความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย ในกรณีที่เจ้าของบัตรไม่ใช่ผู้เอาประกันภัย _____

Please identify the relationship to the insured if cardholder name is not the insured.

➤ เบี้ยประกันที่ต้องชำระรวมอากรแสตมป์และภาษี (Total Premium Including stamp duty&VAT) _____ บาท (Baht)

➤ ค่าธรรมเนียมบัตรเครดิต (Credit Card Fee) _____ บาท (Baht)

เฉพาะกรณีที่ไมตรงตามเงื่อนไขการชำระเบี้ยประกันที่ได้รับยกเว้นค่าธรรมเนียม (In case does not meet the Conditions of fee waivers)

- VISA / MASTER / JCB / UNION PAY ค่าธรรมเนียม (MDR) 1.50% + ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7% จากค่าธรรมเนียม (Vat)

- INTER Bank VISA / MASTER / JCB / UNION PAY ค่าธรรมเนียม (MDR) 2.50% + ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7% จากค่าธรรมเนียม (Vat)

- AMEX CARD ค่าธรรมเนียม (MDR) 2.75% + ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7% จากค่าธรรมเนียม (Vat)

➤ รวมยอดเงินที่ต้องชำระด้วยบัตรเครดิต (Total Amount) _____ บาท (Baht)

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เอ็ม เอส โอ จี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ทำรายการผ่านบัตรเครดิตเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันข้างต้น

I authorise MSIG Insurance (Thailand) Public Co., Ltd. to transact my Credit Card Account for paying the insurance premium.

ลงลายมือชื่อตามบัตรเครดิต (Cardholder's signature) _____ วันที่ (Date) _____

1) เงื่อนไขการชำระเบี้ยประกันที่ได้รับยกเว้นค่าธรรมเนียม (Conditions of fee waivers)

1.1 ผู้ถือบัตรเครดิตเป็นผู้เอาประกัน หรือมีนามสกุลตรงกับผู้เอาประกันภัย (The credit card holder by Insured or any others who has the same last name of insured)

1.2 ผู้ถือบัตรเครดิตเป็นกรรมการของบริษัทผู้เอาประกันภัย โดยต้องแนบสำเนาหนังสือรับรองบริษัท (The credit card holder is an authorised director of the insured company. Please attach certified copy of the company affidavit.)

2) การกรอกแบบฟอร์ม ไม่ถือเป็นการอนุมัติวงเงิน การอนุมัติขึ้นอยู่กับบริษัท/ธนาคารเจ้าของบัตรเครดิต (This form is not approval of credit card limit. The approval of credit card limit is under the Bank's permission)

3) รายการชำระเบี้ยประกันนี้จะสมบูรณ์ ต่อเมื่อ บริษัทฯ ได้รับเงินจากบริษัทธนาคารบัตรเครดิตเรียบร้อยแล้ว (Payment will be completed when receiving settlement from the bank)

4) หากมีการแก้ไขใด ๆ บนแบบฟอร์ม ต้องให้เจ้าของบัตรเครดิตลงลายมือชื่อกำกับด้วยทุกตำแหน่ง ให้เหมือนกับลายมือชื่อบนบัตรเครดิต (Any amendment required credit card holder to sign as appear on card.)

5) หากมีข้อสงสัยสามารถติดต่อดังนี้ (For any query, please contact)

5.1 สอบถามจำนวนเบี้ยประกัน การจัดส่งแบบฟอร์ม โทร 02-8258464-68 (Premium amount/sending credit card form : Tel.no 02-8258464-68)

5.2 สอบถามการกรอกแบบฟอร์ม โทร 02-8258469-70 (Filling in Credit card form : Tel no. 02-8258469-70)

สำหรับเจ้าหน้าที่

(Officer User Only)

เจ้าหน้าที่แผนกบริหารจัดการเบี้ยประกันภัย (Credit Control Officer) _____ วันที่ (Date) _____

หมายเหตุ (Remark) _____