

แบบฟอร์มการชำระเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิต

รายละเอียดเจ้าของบัตร

ชื่อ - นามสกุล (เจ้าของบัตร).....
 ที่อยู่.....
 เบอร์โทรศัพท์..... แฟกซ์..... E-mail.....

รายละเอียดผู้เอาประกัน

ชื่อ - นามสกุล (ผู้เอาประกัน).....
 ประเภทการประกัน..... เริ่มคุ้มครองวันที่.....
 กรมธรรม์เลขที่..... จำนวนเงิน..... บาท

รายละเอียด บัตรเครดิต

ประเภทบัตรเครดิต



VISA CARD



MASTER CARD

จำนวนเงินที่ขออนุมัติ..... บาท

รหัสอนุมัติจากธนาคาร.....

ออกโดย

<input type="checkbox"/> ธนาคารสิริกิติ์ไทย	<input type="checkbox"/> ธนาคารกรุงเทพ	<input type="checkbox"/> ธนาคารไทยพาณิชย์
<input type="checkbox"/> ธนาคารกรุงไทย	<input type="checkbox"/> ธนาคารกรุงศรีอยุธยา	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ

ข้าพเจ้ามีความประสงค์และยินยอมให้ทางบริษัท เอเชียประกันภัย 1950 จำกัดเรียกเก็บเงินจากบัตรเครดิตของข้าพเจ้า เพื่อชำระเงินค่าเบี้ยประกัน..... ดั่งมีรายละเอียดข้างต้นเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น..... บาท (.....)จากธนาคารหรือบริษัทที่ออกบัตรเครดิตของข้าพเจ้า ดังนี้

หมายเลขบัตร

รหัส 3 ตัวสุดท้ายที่ปรากฏบนแถบลายเซ็นด้านหลังบัตรเครดิต :

บัตรหมดอายุวันที่ : ลายเซ็น (เจ้าของบัตร) :

วันที่.....

เจ้าหน้าที่บริษัทฯ

สำนักงาน / ศูนย์ : ลงชื่อเจ้าหน้าที่.....

วันที่.....

ลงชื่อเจ้าหน้าที่กรุณาส่งแฟกซ์มาที่ฝ่ายควบคุมเบี้ย หมายเลขโทรสาร 0-2250-5265