



บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด(มหาชน)

DHIPAYA INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120

(สำหรับลูกค้าผ่าน Call Center)

## หนังสือให้ความยินยอมตัดบัญชีผ่านบัตรเครดิตเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัย

วันที่.....

ข้าพเจ้า..... มีความประสงค์ให้

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) เรียกเก็บเงินตามกรมธรรม์เลขที่.....

ชื่อผู้เอาประกันภัย.....

จำนวนเงิน..... บาท (.....)

เรียกเก็บเงินจากบัตรเครดิต (โปรดระบุธนาคารเจ้าของบัตร).....

- โดยตัดบัตรเครดิต  ชำระเต็มจำนวน
- แบ่งชำระ 0% นาน 3 เดือน \*
- แบ่งชำระ 0% นาน 6 เดือน \*
- แบ่งชำระ 0% นาน 10 เดือน \*

\* กรณีผ่อนชำระให้สอบถามรายละเอียด ณ จุดขายของบริษัทที่ร่วมรายการ โดยขั้นต่ำไม่น้อยกว่า 1,000 บาท / เดือน

และเป็นไปตามเงื่อนไขที่บริษัทกำหนด

หมายเลขบัตร                วันหมดอายุ   /  

ในกรณีบัตรสินเชื่อ First Choice กรุณากรอกเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

ชื่อ-นามสกุล (ตามบัตร).....

โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

ข้าพเจ้าขอรับรองความถูกต้องของรายการข้างต้น และถือว่าหนังสือให้ความยินยอมนี้เป็นหลักฐานการใช้บัตรเครดิตตามข้อตกลงที่มีอยู่กับธนาคารเจ้าของบัตร

ลายมือชื่อผู้ถือบัตรเครดิต