

CHUBB[®]

เรียน คุณ

วันที่

กรอกแบบฟอร์มเรียบร้อยแล้ว กรุณา FAX มาที่ 02-9550151

จาก คุณอัญชณี โทร.02-5559141 ขอบคุณมากค่ะ

ส่วนที่ 2 สำหรับส่งคืนบริษัท

แบบฟอร์มการชำระเงินผ่านบัตรเครดิตสำหรับบุคคลธรรมดา

(ยกเว้นนิติบุคคล)

วันที่ชำระเงิน

ข้าพเจ้า นาย นาง นางสาว

(กรมธรรม์เลขที่

ประกันภัยในนาม

ชื่อ นามสกุล

ยินยอมให้เรียกเก็บเงินสำหรับเบี้ยประกัน จำนวน บาท (.....)

จากบัญชีบัตรเครดิต วีซ่า มาสเตอร์ หมายเลขบัตร

วันที่บัตรหมดอายุ/..... (ปรากฏบนบัตร) หมายเลข 3 ตัวสุดท้ายบนแถบลายเซ็นหลังบัตรเครดิต

**** กรณีการหักเงินเพื่อชำระเบี้ยประกันภัยไม่ครบถ้วนหรือต้องคืน**

เงินส่วนที่หักไว้เกินจะดำเนินการโดยผ่านบัตรเครดิตโดยตรง ** ลงชื่อลายมือชื่อเจ้าของบัตร

(กรุณาส่งเอกสารกลับ บมจ. ชับบ์สามัคคีประกันภัย เลขที่ 2/4 อาคารชัย ชั้น 12 ถนนวิภาวดี-รังสิต แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กทม. 10210)