

หนังสือยินยอมให้หักค่าเบี้ยประกันสุขภาพอัตโนมัติ Letter of Consent of Automatic Recurring Payment



A member of the Pacific Cross Group of Companies

วันที่ / Date:

Received Date:

Agent/Broker:

PCHI Staff:

เรื่อง: ยินยอมให้หักค่าเบี้ยประกันสุขภาพอัตโนมัติผ่านบัตรเครดิต
Re: Automatic recurring payment via Credit Card

เรียน: ผู้จัดการฝ่ายการเงิน บริษัท แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน)
To: Finance Manager of Pacific Cross Health Insurance Public Company Limited

ชื่อ Name	นามสกุล Surname
โทรศัพท์ Mobile phone no.	อีเมล E-mail
ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ Policyholder	กรมธรรม์เลขที่ Policy No.

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมและผูกพันปฏิบัติตามข้อกำหนดและเงื่อนไขของแผนการชำระค่าเบี้ยประกันสุขภาพ
กับ บริษัท แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) ตามรายละเอียดแบบฟอร์มการชำระเบี้ยประกันภัย ดังต่อไปนี้

I hereby agree to comply with the terms and conditions of the payment plan for the health insurance premium
to Pacific Cross Health Insurance PCL as per details below

แบบการชำระ/Payment Method

ยินยอมให้หักค่าเบี้ยประกันสุขภาพอัตโนมัติ โดย

I hereby agree to authorize Pacific Cross Health Insurance PCL debit my below Credit Card account via.

Quarterly / รายไตรมาส Semi-Annual / รายครึ่งปี Annual / รายปี

ชื่อผู้ถือบัตร / Card Holder Name:

บัตรเครดิต / Credit Card ธนาคารเจ้าของบัตร / Card Owner

หมายเลขบัตรเครดิต / Credit Card No.

วันบัตรหมดอายุ / Expiry date (MM/YY) / จำนวนเงิน / Premium Amount บาท/Baht

จำนวนเงินเป็นตัวอักษร / Amount in Words

บริษัทจะแจ้งจำนวนเบี้ยประกันภัยที่หักจากบัตรเครดิตข้างต้นผ่าน SMS ตามหมายเลขที่ท่านได้แจ้งไว้

The company will notify you the amount debited via SMS to your mobile phone every time when the payment is made.

หมายเหตุ / Remark :

กรณีมีการยกเลิกสัญญาในระหว่างปีกรมธรรม์ / Termination of Insurance Policy during the policy year

- เมื่อมีการตกลงกันระหว่างบริษัทกับผู้ถือกรมธรรม์กรณียกเลิกสัญญาจะร่วมกันเรียบร้อยแล้ว หากมีเงินที่ต้องชำระคืน(ต้องเป็นไปตามข้อตกลงหรือกฎเกณฑ์การคืน
เบี้ยประกันในสัญญา/กรมธรรม์) บริษัทจะคืนเงินตามจำนวนที่ได้ตกลงกันตามสัญญาให้กับผู้ถือกรมธรรม์ หรือบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้ถือกรมธรรม์เท่านั้น
The company hereby agrees to return the refund premium to the policyholder or authorized person of the policyholder.
- การเรียกเบี้ยประกันสุขภาพโดยหักจากบัญชีบัตรเครดิตข้างต้น ให้มีผลบังคับทันที นับแต่วันทำหนังสือนี้เป็นต้นไปและคงให้มีผลบังคับต่อไปจนกว่าผู้ให้บริการ
บัตรเครดิตหรือธนาคารจะได้บอกเลิกให้บริการตามหนังสือฉบับนี้ หรือ ข้าพเจ้าจะได้เพิกถอนโดยการทำเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้ให้บริการบัตรเครดิตหรือ
ธนาคารและบริษัทฯ ทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 2 เดือน
The health insurance premium is debited from your credit card account mentioned above is effective immediately from the date of this letter,
until the Card provider or the bank terminates the service under this letter or is revoked by the account owner by way of written notice to
the Card provider or the bank and the Company of not less than 2 months prior to cancellation date.
- การรับประกันจะมีผลสมบูรณ์เมื่อบริษัทฯ ได้รับเงินค่าเบี้ยประกันสุขภาพจากบัตรเครดิตของท่านเรียบร้อยแล้วเท่านั้น
The health insurance is only effective when the Company has received the insurance premiums paid from your credit card account.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่ปรากฏข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

I hereby confirm that all statements and information given above are truly correct.

ลงชื่อ ผู้เอาประกัน/Policyholder

ลงชื่อ ชื่อเจ้าของบัตร/Card Account Name

กรุณาเซ็นชื่อให้เหมือนกับลายเซ็นในกรมธรรม์
Same as signature that given to the Company

กรุณาเซ็นชื่อให้เหมือนกับตัวอย่างที่ให้กับธนาคารและบัตรเครดิต
Same as signature that given to the Card provider or the bank

(.....)

(.....)

วันที่/Date

วันที่/Date

บริษัท แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน)
152 อาคารชาร์เตอร์สแควร์ ชั้น 21 ห้อง 21-01
ถนนสาทรเหนือ แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500
โทร : 02 401 9189 | โทรสาร : 02 401 9187

Pacific Cross Health Insurance PCL
152 Chartered Square Building 21st Floor, Room 21-01,
North Sathorn Road, Silom, Bangrak, Bangkok 10500
Tel.: +66 (0) 2 401 9189 | Fax: +66 (0) 2 401 9187

Tax Number: 0107556000086