

# CHUBB<sup>®</sup>

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 \*\* ลงชื่อ .....ลายมือชื่อเจ้าของบัตร

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