

Credit Card Payment Form 1

(ชำระเต็มจำนวน)

กรุณากรอกแบบฟอร์ม และส่งแฟกซ์กลับที่เบอร์ / Please fill in the form and fax to number _____

รายละเอียดการชำระเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิต

ชื่อผู้เอาประกันภัย _____ หมายเลขกรมธรรม์ _____

Insured Name _____ Policy Number _____

เบี้ยประกันภัยที่ต้องการชำระ _____ บาท

Total Premium (Baht)

ค่าธรรมเนียม 2%+VAT 7% _____ (ยกเว้นค่าธรรมเนียมตามหมายเหตุที่ระบุ ①)

Credit Card Fee

รวมยอดที่ชำระด้วยบัตรเครดิต _____ บาท

Total Amount on Credit Card (Baht)

เลือกชำระด้วยบัตรเครดิต

<input type="checkbox"/> Visa Card	ธนาคาร _____	<input type="checkbox"/> เงิน / Silver	<input type="checkbox"/> ไทเทเนียม / Titanium
<input type="checkbox"/> Master Card	ธนาคาร _____	<input type="checkbox"/> ทอง / Gold	<input type="checkbox"/> แพลตตินั่ม / Platinum
<input type="checkbox"/> AMEX			

ชื่อผู้ถือบัตร _____ หมายเลขโทรศัพท์เพื่อติดต่อ _____

Cardholder's Name _____ Telephone No. for Contact _____

หมายเลขบัตร _____

Card Number

วันหมดอายุของบัตร _____

Expiry Date of Credit Card

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท MSIG ทำรายการผ่านบัตรเครดิต

ลงลายมือชื่อ _____

เพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัยข้างต้น

Signature (ลายมือชื่อเดียวกับที่ท่านเซ็นด้านหลังบัตรเครดิต)

วันที่ _____

Date

✦ การกรอกแบบฟอร์ม ไม่ถือเป็นการอนุมัติวงเงิน การอนุมัติขึ้นอยู่กับบริษัท/ธนาคารเจ้าของบัตรเครดิต ✦
✦ รายการชำระเบี้ยประกันภัยนี้จะสมบูรณ์ ต่อเมื่อ บริษัทฯ ได้รับเงินจากบริษัท/ธนาคารบัตรเครดิตเรียบร้อยแล้ว ✦

① หมายเหตุ

การชำระเบี้ยประกันภัย ที่ได้รับการยกเว้น ค่าธรรมเนียมบัตรเครดิต มีดังนี้

1. นามสกุลผู้ถือบัตรเครดิตตรงกับนามสกุลผู้เอาประกันภัย
2. ผู้ถือบัตรเครดิตเป็นกรรมการของบริษัทผู้เอาประกันภัย โดยต้องมีหนังสือรับรองบริษัทแนบ

นอกเหนือจาก 2 กรณี ดังกล่าว ผู้ถือบัตรเครดิตต้องชำระค่าธรรมเนียมเพิ่มเติม 2%+VAT7%

QP-FAC-018 FM 009 REV. No.:02

Effective 15.08.11