

แบบฟอร์มการชำระค่าเบี้ยประกันผ่านบัตรเครดิต (Credit Card Payment for Premium : Form 1)

แบบฟอร์มชำระเต็มจำนวน

(Full Payment)

ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย (Insured Name & Surname) _____

เลขที่กรมธรรม์/เลขอ้างอิง (Policy Number/Reference No) _____ รหัสตัวแทน (Agent Code) _____

VISA CARD BANK..... JCB CARD BANK.....

MASTER CARD BANK..... AMEX CARD

หมายเลขบัตรเครดิต (Card No.) - - -

ชื่อ-นามสกุลผู้ถือบัตรเครดิต (Cardholder Name) _____ วันหมดอายุของบัตร (Expiry Date) _____

หมายเลขโทรศัพท์เพื่อติดต่อ (Mobile/Tel no.) _____ อีเมล (Email) _____

กรุณาระบุความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย ในกรณีที่เจ้าของบัตรไม่ใช่ผู้เอาประกันภัย _____

Please identify the relationship to the insured if cardholder name is not the insured.

➤ เบี้ยประกันที่ต้องชำระรวมอากรแสตมป์และภาษี (Total Premium Including stamp duty&VAT) _____ บาท (Baht)

➤ ค่าธรรมเนียมบัตรเครดิต (Credit Card Fee) _____ บาท (Baht)

เฉพาะกรณีที่ตรงตามเงื่อนไขการชำระเบี้ยประกันที่ได้รับยกเว้นค่าธรรมเนียม (In case does not meet the Conditions of fee waivers)

- VISA / MASTER / JCB / UNION PAY ค่าธรรมเนียม (MDR) 1.50% + ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7% จากค่าธรรมเนียม (Vat)

- INTER Bank VISA / MASTER / JCB / UNION PAY ค่าธรรมเนียม (MDR) 2.50% + ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7% จากค่าธรรมเนียม (Vat)

- AMEX CARD ค่าธรรมเนียม (MDR) 2.75% + ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7% จากค่าธรรมเนียม (Vat)

➤ รวมยอดเงินที่ต้องชำระด้วยบัตรเครดิต (Total Amount) _____ บาท (Baht)

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เอ็ม เอส ไอ จี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ทำรายการผ่านบัตรเครดิตเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัยข้างต้น

I authorise MSIG Insurance (Thailand) Public Co., Ltd. to transact my Credit Card Account for paying the insurance premium.

ลงลายมือชื่อตามบัตรเครดิต (Cardholder's signature) _____ วันที่ (Date) _____

สำหรับลูกค้าหรือตัวแทนจำหน่าย (Customer/Intermediary Use Only)

- เงื่อนไขการชำระเบี้ยประกันที่ได้รับยกเว้นค่าธรรมเนียม (Conditions of fee waivers)
 - ผู้ถือบัตรเครดิตเป็นผู้เอาประกัน หรือมีนามสกุลตรงกับผู้เอาประกันภัย (The credit card holder by Insured or any others who has the same last name of insured)
 - ผู้ถือบัตรเครดิตเป็นกรรมการของบริษัทผู้เอาประกันภัย โดยต้องแนบสำเนาหนังสือรับรองบริษัท (The credit card holder is an authorised director of the insured company. Please attach certified copy of the company affidavit.)
- การกรอกแบบฟอร์ม ไม่ถือเป็นการอนุมัติวงเงิน การอนุมัติขึ้นอยู่กับบริษัท/ธนาคารเจ้าของบัตรเครดิต (This form is not approval of credit card limit. The approval of credit card limit is under the Bank's permission)
- รายการชำระเบี้ยประกันนี้จะสมบูรณ์ ต่อเมื่อ บริษัทฯ ได้รับเงินจากบริษัท/ธนาคารบัตรเครดิตเรียบร้อยแล้ว (Payment will be completed when receiving settlement from the bank)
- หากมีการแก้ไขใด ๆ บนแบบฟอร์ม ต้องให้เจ้าของบัตรเครดิตลงลายมือชื่อกำกับด้วยทุกตำแหน่ง ให้เหมือนกับลายชื่อบนบัตรเครดิต (Any amendment required credit card holder to sign as appear on card.)
- หากมีข้อสงสัยสามารถติดต่อดังนี้ (For any query, please contact)
 - สอบถามจำนวนเบี้ยประกันภัย การจัดส่งแบบฟอร์ม โทร 02-8258464-68 (Premium amount/sending credit card form : Tel.no 02-8258464-68)
 - สอบถามการกรอกแบบฟอร์ม โทร 02-8258469-70 (Filling in Credit card form : Tel no. 02-8258469-70)

สำหรับเจ้าหน้าที่
(Officer User Only)

เจ้าหน้าที่แผนกบริหารจัดการเบี้ยประกันภัย(Credit Control Officer) _____ วันที่ (Date) _____

หมายเหตุ (Remark) _____