บริษัท อเมริกันอินเตอร์แนชชั่นแนลแอสชัวรันส์ จำกัด
อาคาร เอ.ไอ. ทาวเวอร์ 181 ถนนสุรวงศ์ กรุงเทพมหานคร โทร. 0-2634-8888

สำหรับบริษัท

หมายเลขกรมธรรม์ .....

หนังสือแจ้งความจำนงขอชำระเบี้ยประกันภัยการประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลโดยการหักบัญชีบัตรเครดิต

โปรดกรอกรายละเอียดพร้อมลงลายมือชื่อ (VISA / MasterCard ของทุกธนาคารและสถาบันการเงิน)

☐ เอไอจี คาร์ด ☐ บัตรเครดิต วีซ่า/มาสเตอร์การ์ด ของธนาคาร / สถาบันการเงินผู้ออกบัตร.....

หมายเลขบัตรเครดิต ☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐ วันบัตรหมดอายุ (เดือน/ปี)...../.....

ชื่อ/นามสกุลตามบัตร (ภาษาอังกฤษ) (Mr./Mrs./Miss) .....

ชื่อ/นามสกุลผู้ขอเอาประกันภัย (นาย/นาง/นางสาว) .....

สำหรับขูดเลขที่บัตร และ ชื่อผู้ถือบัตรด้วยดินสอ (ด้านหน้าบัตรเครดิต)

แผน.....เบี้ยประกัน.....บาท

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าตกลงและยินยอมให้ บริษัท อเมริกันอินเตอร์แนชชั่นแนลแอสชัวรันส์ จำกัด (บริษัท) หักเงินจากบัญชีบัตรเครดิตข้างต้นเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัยของปีปัจจุบัน รวมทั้งเบี้ยประกันภัยปีต่อไป ของกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลที่บริษัทฯ ได้พิจารณาออกให้แก่ข้าพเจ้าตามใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลเลขที่ดังกล่าวข้างต้น ทั้งนี้ จนกว่ากรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลดังกล่าวจะถูกบอกเลิกหรือสิ้นสุดลง

ในกรณีที่หมายเลขบัตรเครดิตของข้าพเจ้าได้เปลี่ยนแปลงไปไม่ว่าด้วยเหตุใดก็ตาม ข้าพเจ้าตกลงและยอมรับว่าใบแจ้งความจำนงให้หักบัญชีบัตรเครดิตฉบับนี้ ยังคงมีผลใช้บังคับสำหรับบัตรเครดิตหมายเลขที่เปลี่ยนแปลงนั้น ๆ ได้ทุกประการ การขอให้หักบัญชีบัตรเครดิตดังกล่าวข้างต้นให้มีผลใช้บังคับทันทีนับแต่วันที่ทำหนังสือนี้และให้คงมีผลบังคับต่อไปจนกว่าจะได้เพิกถอน โดยทำเป็นลายลักษณ์อักษรให้บริษัท ฯ ทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 30 วัน

ในกรณีที่ข้าพเจ้าได้เปลี่ยนแบบประกันภัยและจำนวนเบี้ยประกันภัยได้เปลี่ยนแปลงไป ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ สามารถหักเงินจากบัตรได้ตามจำนวนเงินเบี้ยประกันภัยที่เปลี่ยนไปด้วย

ลงชื่อ.....ผู้แจ้งความจำนง / ผู้ให้ความยินยอม วันที่.....

ตามที่ให้ไว้กับธนาคาร/สถาบันผู้ออกบัตร

สำหรับตัวแทน รหัสหน่วย..... รหัสตัวแทน.....

หน่วย/ภาค..... ชื่อตัวแทน .....