

วันที่

เรื่อง ยินยอมให้ต่ออายุกรมธรรม์และหักค่าเบี้ยประกันสุขภาพอัตโนมัติ ผ่าน ☐ บัญชีเงินฝากธนาคาร ☐ บัตรเครดิต
เรียน ผู้จัดการฝ่ายสินเชื่อ บริษัท อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน)

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาวนามสกุล.....เบอร์โทรศัพท์.....

ตกลงยินยอมและผูกพันปฏิบัติตามข้อกำหนดและเงื่อนไขหลักของแผนการผ่อนชำระค่าเบี้ยประกันสุขภาพกับ บริษัท อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย
จำกัด (มหาชน) ("บริษัทฯ") ตามรายละเอียดแบบฟอร์มการชำระเบี้ยประกันภัยโดยชำระค่าเบี้ยประกันให้กับ

1. นาย/นาง/นางสาวนามสกุล.....
ความสัมพันธ์ กรมธรรม์เลขที่
2. นาย/นาง/นางสาวนามสกุล.....
ความสัมพันธ์ กรมธรรม์เลขที่
3. นาย/นาง/นางสาวนามสกุล.....
ความสัมพันธ์ กรมธรรม์เลขที่

ข้าพเจ้ายินยอมให้หักค่าเบี้ยประกันสุขภาพอัตโนมัติ โดย

☐ หักบัญชีเงินฝากธนาคาร บัญชีออมทรัพย์ เลขที่ ชื่อบัญชี.....

ธนาคาร.....สาขา.....

☐ หักบัตรเครดิต ☐ VISA ☐ MASTER ธนาคารผู้ออกบัตร

บัตรเครดิตหมายเลข [][][][]-[][][][]-[][][][]-[][][][]

วันบัตรหมดอายุ (เดือน/ปี) [][]/[][][]

โดย ชำระค่าเบี้ยประกันสุขภาพตามรายละเอียดข้างต้น เป็น

- ☐ รายเดือน ตามอัตราที่แจ้งในใบต่อสัญญากรมธรรม์อัตโนมัติ หรือ เป็นเงิน บาท/เดือน
☐ รายปี (เฉพาะบัตรเครดิตเท่านั้น) ตามอัตราที่แจ้งในใบต่อสัญญากรมธรรม์อัตโนมัติ หรือ เป็นเงิน บาท/ปี

กรณีต่ออายุกรมธรรม์อัตโนมัติ

ข้าพเจ้า เจ้าของกรมธรรม์ เลขที่

☐ ไม่ยินยอม ☐ ยินยอม ให้บริษัทฯ ต่อกรมธรรม์อัตโนมัติในปีต่อไปทุกปี โดยรายละเอียดการชำระเบี้ยประกันเป็นไปตามรายละเอียด

หมายเหตุ

การต่ออายุกรมธรรม์อัตโนมัติ บรรดากรมธรรม์ที่ระบุข้างต้นจะต่ออายุอัตโนมัติเมื่อสิ้นสุดระยะเวลาของกรมธรรม์ในทุกๆรอบ และจะมีผลสมบูรณ์เมื่อบริษัทฯ ได้รับ
เงินค่าเบี้ยประกันสุขภาพจากบัตรเครดิตหรือบัญชีธนาคารที่ระบุไว้ข้างต้นเป็นที่เรียบร้อยแล้วเท่านั้น

ความสิ้นสุดแห่งหนังสือฉบับนี้ หนังสือฉบับนี้มีผลบังคับทันทีนับแต่วันทำหนังสือนี้เป็นต้นไปและคงให้มีผลบังคับต่อไปจนกว่าข้าพเจ้าจะได้ออกเลิกหนังสือฉบับนี้โดยแจ้งแก่
บริษัทฯ เป็นลายลักษณ์อักษรล่วงหน้าภายใน 60 วัน บริษัทฯอาจออกเลิกกรมธรรม์ได้ในกรณีที่มีการชำระค่าเบี้ยประกันล่าช้าเกินกว่า 30 วันนับแต่วันที่ครบกำหนดชำระโดยมีต้อง
บอกกล่าวล่วงหน้า

การแก้ไขค่าเบี้ยประกันและรายการอื่นๆที่เกี่ยวข้อง บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์, โดยไม่จำกัด, ในการเปลี่ยนแปลงค่าเบี้ยประกันและรายการอื่นๆที่เกี่ยวข้องซึ่ง
จะแจ้งไว้ใน "ใบแจ้งต่อสัญญากรมธรรม์อัตโนมัติ" ที่จะจัดส่งให้ก่อนการต่ออายุอัตโนมัติในแต่ละปี ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อมูลสำหรับหักค่า
เบี้ยประกันสุขภาพอัตโนมัติให้บริษัทฯทราบทันทีที่มีการแก้ไข

การคืนเงิน เมื่อมีการตกลงกันระหว่างบริษัทฯ กับผู้ถือกรมธรรม์กรณียกเลิกสัญญาจะระหว่างกันเรียบร้อยแล้ว หากมีเงินที่ต้องชำระคืน (ต้องเป็นไปตามข้อตกลงหรือ
กฎเกณฑ์การคืนเบี้ยประกันในสัญญา/กรมธรรม์) ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯคืนเงินตามจำนวนที่ได้ตกลงกันตามสัญญาให้กับผู้ถือกรมธรรม์ หรือบุคคลที่ได้รับมอบ
อำนาจจากผู้ถือกรมธรรม์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่ปรากฏข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ ผู้เอาประกัน

กรุณาเซ็นชื่อให้เหมือนกับลายเซ็นในกรมธรรม์

(.....)

วันที่

ลงชื่อ.....ชื่อเจ้าของบัตร/เจ้าของบัญชี

กรุณาเซ็นชื่อให้เหมือนกับตัวอย่างที่ให้กับธนาคารและบัตรเครดิต

(.....)

วันที่