



## LMG Insurance Public Company Limited

### บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด(มหาชน)

#### หนังสือให้ความยินยอมตัดบัญชีผ่านบัตรเครดิต

วันที่ (Date).....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด(มหาชน) เรียกเก็บเงินของข้าพเจ้าจากบัตรเครดิตของข้าพเจ้าเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัย ตามรายละเอียดดังนี้ (I agree and accept LMG Insurance Public Company Limited to collect insurance premium via my credit card for policy as below details)

กรมธรรม์เลขที่ (Policy Number) \_\_\_\_\_ รหัสตัวแทน (Agent Code) \_\_\_\_\_

ชื่อผู้เอาประกันภัย (Insured Name) \_\_\_\_\_

จำนวนเงิน (Amount) \_\_\_\_\_ บาท(Baht) ( \_\_\_\_\_ )

บัตรเครดิตวีซ่า ธนาคาร(Visa card) Bank name \_\_\_\_\_

บัตรเครดิตมาสเตอร์การ์ด ธนาคาร(Master card) Bank name \_\_\_\_\_

บัตรเครดิตเจซีบี ธนาคาร(JCB card) Bank name \_\_\_\_\_

หมายเลขบัตร(Card Number) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

บัตรหมดอายุ (Expired Date) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (mm-yy)

โดยให้ทำการตัดบัตรวันที่ \_\_\_\_\_

ชื่อเจ้าของบัตร นาย / นาง / นางสาว (Cardmember Name) \_\_\_\_\_

ที่อยู่(Address) \_\_\_\_\_

โทรศัพท์บ้าน (Home phone) \_\_\_\_\_ มือถือ (Mobile) \_\_\_\_\_

ลายมือชื่อ (ตามบัตร) (Authorized Signature) \_\_\_\_\_

หมายเหตุ : บริษัทฯ จะส่งใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษี ให้แก่ผู้เอาประกันเมื่อได้รับการยืนยันจากธนาคารว่าเรียกเก็บเงินได้แล้ว

#### สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทฯ / Company Staff only

จำนวนเงิน.....รหัสอนุมัติ.....

วันที่ขออนุมัติ.....เจ้าหน้าที่ผู้ขอรหัสอนุมัติ.....

เลขที่เอกสารอ้างอิง.....