

หนังสือให้ความยินยอมตัดบัญชีผ่านบัตรเครดิต

วันที่ _____

ข้าพเจ้ามีความประสงค์และยินยอมให้ บริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด เรียกเก็บเงินของข้าพเจ้าจากบัตรเครดิตของข้าพเจ้า เพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัย ตามรายละเอียด ดังนี้

ชื่อ - นามสกุล ผู้เอาประกัน				
ที่อยู่				
โทรศัพท์				
โทรสาร		E-Mail		

วิธีการชำระเงิน

ระยะเวลาความคุ้มครอง(ว/ค/ป).....
ค่าเบี้ยประกันบาท
ทะเบียนรถ.....

บัตรเครดิต () Visa () Master ออกบัตรโดย

หมายเลขบัตร

วันหมดอายุบัตร : เดือน ปี เลขบัตรประชาชน _____

ชื่อ / นามสกุล (ภาษาอังกฤษตามบัตร) _____

ชื่อ / นามสกุล (ภาษาไทย) _____

ที่อยู่ เลขที่ _____ หมู่บ้าน / อาคาร _____ หมู่ _____ ถนน _____

ซอย _____ แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์ (บ้าน) _____

โทรศัพท์(ที่ทำงาน) _____ โทรศัพท์มือถือ _____ โทรสาร _____

ลายมือชื่อตามบัตร _____

