

ประกันวินาศภัย

ประกันอุบัติเหตุ

พีเอ แฟมิลี (PA Family)

อุ่นใจ ได้ทั้งครอบครัว

ซื้อง่าย ไม่ต้องตรวจสุขภาพ

คุ้มครอง ตลอด 24 ชั่วโมง ทั่วโลก

รับประกันภัยโดย บริษัท อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน)



krungsri
กรุงศรี

หรือ MUFG หนึ่งใน
สถาบันการเงินระดับโลกที่เชื่อถือได้

Call 1572

www.krungsri.com

แผนคุ้มครองสำหรับบุคคล (PA Smart)

- อายุตั้งแต่ 15 ปี ถึง 65 ปี ต่ออายุได้นจนถึง 70 ปีบริบูรณ์ และมีสัญชาติไทย
- คุ้มครองสูงสุดถึง 2,000,000 บาท

ความคุ้มครอง (อบ.1)	ผลประโยชน์ (บาท)
1. การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตาหรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง อันมีสาเหตุจาก 1.1 อุบัติเหตุทั่วไป 1.2 อุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ 1.3 การถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย 1.4 การก่อการร้าย	1,000,000 500,000 500,000 500,000
2. การเสียชีวิตหรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุขณะโดยสารยานพาหนะสาธารณะหรืออยู่ในอาคารสาธารณะทั่วโลก อันมีสาเหตุจาก 2.1 อุบัติเหตุทั่วไป 2.2 การถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย	2,000,000 1,000,000
3. การเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุครั้งเดียวกันของผู้เอาประกันภัยและคู่สมรส (ที่ทำประกันภัยภายใต้แผนประกันนี้ทั้งคู่) อันมีสาเหตุจาก 3.1 อุบัติเหตุทั่วไป 3.2 การถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย	2,000,000 1,000,000
4. ค่ารักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง (คุ้มครองรวมถึงการขับขี หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)	100,000
5. ขดเขยรายได้ขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน เนื่องจากอุบัติเหตุสูงสุด 365 วัน (ต่อวัน)	2,000
6. ค่าปลงศพหรือค่าใช้จ่ายในการจัดการงานศพกรณีเสียชีวิตและการบาดเจ็บ	50,000
7. ค่าเลี้ยงดู บิดา มารดา ผู้ให้การอุปการะหรือทุนการศึกษาบุตร	50,000
8. ค่าทันตกรรม อันเกิดจากอุบัติเหตุ	10,000
เบี้ยประกันภัยต่อปี (รวมอากรแล้ว) /คน	4,400

แผนคุ้มครองสำหรับครอบครัว (PA Smart Family)

- อายุตั้งแต่ 15 ปี ถึง 65 ปี ต่ออายุได้นจนถึง 70 ปีบริบูรณ์ และมีสัญชาติไทย
- คุ้มครองรวมสูงสุดถึง 4,000,000 บาท

ความคุ้มครอง (อบ.1)	ผลประโยชน์ (บาท)	
	ผู้เอาประกันภัย	คู่สมรส
1. การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตาหรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง อันมีสาเหตุจาก 1.1 อุบัติเหตุทั่วไป 1.2 อุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ 1.3 การถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย 1.4 การก่อการร้าย	1,000,000 500,000 500,000 500,000	1,000,000 500,000 500,000 500,000
2. การเสียชีวิตหรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุขณะโดยสารยานพาหนะสาธารณะหรืออยู่ในอาคารสาธารณะทั่วโลก อันมีสาเหตุจาก 2.1 อุบัติเหตุทั่วไป 2.2 การถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย	2,000,000 1,000,000	2,000,000 1,000,000
3. การเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุครั้งเดียวกันของผู้เอาประกันภัยและคู่สมรส (ที่ทำประกันภัยภายใต้แผนประกันนี้ทั้งคู่) อันมีสาเหตุจาก 3.1 อุบัติเหตุทั่วไป 3.2 การถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย	2,000,000 1,000,000	2,000,000 1,000,000
4. ค่ารักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง (คุ้มครองรวมถึงการขับขี หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)	100,000	100,000
5. ขดเขยรายได้ขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน เนื่องจากอุบัติเหตุสูงสุด 365 วัน (ต่อวัน)	2,000	2,000
6. ค่าปลงศพหรือค่าใช้จ่ายในการจัดการงานศพกรณีเสียชีวิตและการบาดเจ็บ	50,000	50,000
7. ค่าเลี้ยงดู บิดา มารดา ผู้ให้การอุปการะหรือทุนการศึกษาบุตร	50,000	50,000
8. ค่าทันตกรรม อันเกิดจากอุบัติเหตุ	10,000	10,000
เบี้ยประกันภัยต่อปี (รวมอากรแล้ว) /แผน	8,400	

แผนคุ้มครองสำหรับเด็ก (PA Smart Kids)

- อายุตั้งแต่ 1 เดือน ถึง 14 ปีบริบูรณ์ และมีสัญชาติไทย
- คุ้มครองสูงสุดถึง 600,000 บาท

ความคุ้มครอง (อบ.1)	ผลประโยชน์ (บาท)
1. การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตาหรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง อันมีสาเหตุจาก 1.1 อุบัติเหตุทั่วไป 1.2 อุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ 1.3 การถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย 1.4 การก่อการร้าย	300,000 150,000 150,000 150,000
2. การเสียชีวิตหรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุขณะโดยสารยานพาหนะสาธารณะหรืออยู่ในอาคารสาธารณะทั่วโลก อันมีสาเหตุจาก 2.1 อุบัติเหตุทั่วไป 2.2 การถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย	600,000 300,000
3. ค่ารักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง (คุ้มครองรวมถึงการขับขี หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)	30,000
4. ขดเขยรายได้ขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน เนื่องจากอุบัติเหตุสูงสุด 365 วัน (ต่อวัน)	500
5. ค่าปลงศพหรือค่าใช้จ่ายในการจัดการงานศพกรณีเสียชีวิตและการบาดเจ็บ	10,000
6. ค่าทันตกรรม อันเกิดจากอุบัติเหตุ	10,000
เบี้ยประกันภัยต่อปี (รวมอากรแล้ว) /คน	1,800

หมายเหตุ : ไม่จำกัดจำนวนบุตร - ธิดา โดยชำระเบี้ยประกันภัยคนละ 1,800 บาท

คุณสมบัติของผู้เอาประกันภัย

- อายุขึ้นอยู่กับแผนประกันภัย และมีสัญชาติไทย
- มีประวัติสุขภาพดี ไม่เป็นผู้พิการ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรคเรื้อรัง หรือ ได้รับบาดเจ็บ ณ วันที่ขอเอาประกันภัย
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ ดังนี้ พนักงานส่งเอกสาร พนักงานดับเพลิง ตำรวจ ทหาร จักรยานยนต์รับจ้าง กรรมกร และลูกเรือประมง

เงื่อนไขการรับประกันภัย

- บริษัทขอสงวนสิทธิในการรับประกันภัย 1 ท่าน ต่อ 1 กรมธรรม์
- บริษัทขอสงวนสิทธิในการปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนกรณีและผู้เอาประกันภัยมีคุณสมบัติไม่ตรงตามที่กำหนด หรือตามข้อกำหนดไว้ในกรมธรรม์

ข้อมูลส่วนตัวผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ-สกุล

บัตรประชาชนเลขที่

วัน/เดือน/ปีเกิด : / / อายุ : ปี

ที่อยู่

โทรศัพท์

ผู้รับประกันภัย

ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย

ข้อมูลส่วนตัวคู่สมรสของผู้ขอเอาประกันภัย : (กรณีชื่อแผนครอบครัว)

ชื่อ-สกุล

บัตรประชาชนเลขที่

วัน/เดือน/ปีเกิด : / / อายุ : ปี

ที่อยู่

โทรศัพท์

ผู้รับประกันภัย

ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย

ข้อมูลส่วนตัวบุตรของผู้ขอเอาประกันภัย: (กรณีชื่อแผนครอบครัว หรือแผนสำหรับเด็ก)

1) ชื่อ-สกุล

บัตรประชาชนเลขที่

วัน/เดือน/ปีเกิด : / / อายุ : ปี

ผู้รับประกันภัย

ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย

2) ชื่อ-สกุล

บัตรประชาชนเลขที่

วัน/เดือน/ปีเกิด : / / อายุ : ปี

ผู้รับประกันภัย

ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย

ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่

เวลา

น.

สิ้นสุดวันที่

เวลา 16.30 น.

แผนประกันภัยที่ต้องการเลือก	☐ PA Smart	☐ PA Smart Family	☐ PA Smart Kids	
จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	1,000,000	1,000,000 x 2 ท่าน	300,000 x ท่าน	
เบี้ยประกันภัย	4,400	8,400	1,800 x ท่าน	เบี้ยประกันภัยรวม บาท

ประวัติสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย

1. ท่านมีหรือกำลังขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลกับบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่?

☐ ไม่เคย/ไม่มี

☐ เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด) บริษัท

จำนวนเงินเอาประกันภัย

2. ขณะนี้ท่านกำลังป่วย หรือเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกกล่าว หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับโรคลมชัก โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งทุกชนิด โรคเอดส์หรือมีเชื้อไวรัส HIV หรือมีความผิดปกติที่ร้ายแรงทางร่างกายหรือจิตใจหรือไม่?

☐ ไม่เคย/ไม่มี

☐ เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด)

ประวัติสุขภาพของคู่สมรส

1. ท่านมีหรือกำลังขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลกับบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่?

☐ ไม่เคย/ไม่มี

☐ เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด) บริษัท

จำนวนเงินเอาประกันภัย

2. ขณะนี้ท่านกำลังป่วย หรือเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกกล่าว หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับโรคลมชัก โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งทุกชนิด โรคเอดส์หรือมีเชื้อไวรัส HIV หรือมีความผิดปกติที่ร้ายแรงทางร่างกายหรือจิตใจหรือไม่?

☐ ไม่เคย/ไม่มี

☐ เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด)

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัท อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) ตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่าง ๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์

ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัยท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้กรณียินยอมจากบริษัทแล้ว

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่สรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัย เป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่

☐ ไม่มีความประสงค์

นายหน้าประกันภัย (เจ้าหน้าที่ลูกค้าสัมพันธ์)

ใบอนุญาตเลขที่

วันหมดอายุของใบอนุญาต

รหัสพนักงาน

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

วันที่ เดือน พ.ศ.

เจ้าหน้าที่บริการ

รหัสพนักงาน

ชื่อสาขา

รหัสสาขา

ค่าเดือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย กระทรวงการคลัง ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญานี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิ์บอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้

หนังสือยินยอมให้หักบัญชีเงินฝาก

(เฉพาะการชำระเบี้ยประกันภัยกรณีต่ออายุ)

เขียนที่ ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน)

สาขา _____

วันที่ _____

เรียน ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน)

ข้าพเจ้า _____

เจ้าของบัญชีเงินฝากประเภท _____

ชื่อบัญชี _____

เลขที่บัญชี _____

ชื่อผู้เอาประกันภัย _____

หมายเลขโทรศัพท์ _____

ใบคำขอเอาประกันภัยเลขที่ _____

จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ชำระ _____ บาท

มีความประสงค์ให้ธนาคารหักเงินจากบัญชีเงินฝากดังกล่าวของข้าพเจ้า เพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัยตามรายละเอียดใบคำขอเอาประกันภัยข้างต้น ให้แก่ บริษัท อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า “บริษัท” ตามจำนวนที่ปรากฏในใบแจ้งหนี้ที่บริษัทได้จัดส่งให้แก่ธนาคาร และนำเงินจำนวนดังกล่าวโอนเข้าบัญชีของบริษัท

ในการหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัยให้แก่บริษัทดังกล่าวนั้น หากปรากฏในภายหลังว่าจำนวนเงินที่บริษัทแจ้งแก่ธนาคารนั้นไม่ถูกต้อง และธนาคารได้ทำการหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าตามจำนวนที่ปรากฏในใบแจ้งหนี้ หรือแผ่นบันทึกข้อมูล (DISKETTE/TAPE) เรียบร้อยแล้ว ข้าพเจ้าจะดำเนินการเรียกร้องเงินจำนวนดังกล่าวจากบริษัทโดยตรง โดยทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอสละสิทธิในการเรียกร้องหรือฟ้องร้องให้ธนาคารชดใช้เงินที่ธนาคารได้หักโอนจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า ตามจำนวนที่ปรากฏในใบแจ้งหนี้หรือแผ่นบันทึกข้อมูล (DISKETTE/TAPE) ที่ธนาคารได้รับจากบริษัท และข้าพเจ้ายอมรับว่า ธนาคารจะหักเงินจากบัญชีของข้าพเจ้าได้ต่อเมื่อเงินในบัญชี มีเพียงพอในการหักบัญชีในขณะนั้นเท่านั้น และในการหักบัญชีเงินฝากดังกล่าว ข้าพเจ้าไม่ประสงค์จะให้ธนาคารแจ้งการหักบัญชีแต่ประการใด เนื่องจากข้าพเจ้าสามารถทราบรายการดังกล่าวนั้น ได้จากสมุดคู่ฝาก หรือจาก statement ของธนาคารหรือจากใบรับ/ใบเสร็จรับเงินของบริษัท

ในกรณีที่เอกสารหลักฐาน เลขที่บัญชีเงินฝากที่กล่าวในวรรคต้น ได้เปลี่ยนแปลงไปไม่ว่าด้วยเหตุใดก็ตาม หนังสือยินยอมให้หักบัญชีเงินฝากฉบับนี้คงมีผลใช้บังคับสำหรับบัญชีเงินฝาก หมายเลขที่เปลี่ยนไปนั้น ๆ ได้ด้วยทุกประการ

การให้หักบัญชีเงินฝากดังกล่าวข้างต้นให้มีผลบังคับทันทีนับแต่วันทำหนังสือนี้และให้คงมีผลบังคับต่อไปจนกว่าจะได้เพิกถอนโดยทำเป็นลายลักษณ์อักษรแจ้งให้ธนาคาร และบริษัททราบล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วัน

ลงชื่อ _____ ผู้ให้ความยินยอม

(_____)

โปรดใช้ลายมือชื่อเดียวกันกับลายมือชื่อในสมุดเงินฝาก

สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคารตรวจสอบความถูกต้อง

ลงชื่อ _____

(_____)

ลายมือชื่อผู้รับมอบอำนาจธนาคาร/สาขา (ลายมือชื่อพร้อมประทับตราสาขา)

โทรศัพท์ _____ วันที่ _____ / _____ / _____

ชื่อเจ้าหน้าที่ลูกค้าสัมพันธ์ _____ รหัสเจ้าหน้าที่ลูกค้าสัมพันธ์ _____

หนังสือยินยอมให้หักบัญชีบัตรเครดิตและต่ออายุการประกันภัยอัตโนมัติ

(กรณีมีความประสงค์ชำระเบี้ยประกันภัยของทุกงวดที่ครบกำหนดชำระผ่านบัตรเครดิต)

เขียนที่ ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน)

สาขา _____

วันที่ _____

เรียน บริษัท อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน)

และ บริษัท/ธนาคาร _____ ผู้ออกบัตรเครดิต

ข้าพเจ้า _____

เจ้าของบัญชีบัตรเครดิตประเภท _____

ชื่อบัญชี _____

ออกโดย บริษัท/ธนาคาร _____

เลขที่บัตรเครดิต (16 หลัก) _____

วันที่บัตรหมดอายุ (เดือน/ปี) _____

ชื่อผู้เอาประกันภัย _____

หมายเลขโทรศัพท์ _____

ใบคำขอเอาประกันภัยเลขที่ _____

จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ชำระ _____ บาท

ตกลงยินยอมให้สถาบันผู้ออกบัตรเครดิต สามารถดำเนินการหักเงินจากบัญชีบัตรเครดิตของข้าพเจ้า เพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัยสำหรับการประกันวินาศภัยที่ข้าพเจ้าได้ทำไว้กับ บริษัท อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า “บริษัท” ตามรายละเอียดใบคำขอเอาประกันภัยข้างต้น ทั้งในกรณีการชำระค่าเบี้ยประกันภัยในปีแรก และกรณีการต่ออายุประกันภัย ตามจำนวนที่ปรากฏในใบแจ้งหนี้ที่บริษัทได้จัดส่งให้แก่ข้าพเจ้า และ/หรือสถาบันผู้ออกบัตรเครดิตโดยให้สถาบันผู้ออกบัตรเครดิตทำการหักเงินจำนวนดังกล่าวจากบัญชีบัตรเครดิตของข้าพเจ้าตามที่ระบุไว้ข้างต้น โอนเข้าบัญชีของบริษัท โดยข้าพเจ้าตกลงให้อำนาจบรรดาเอกสารต่างๆ ที่สถาบันผู้ออกบัตรเครดิต และ/หรือ บริษัท อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ได้จัดทำขึ้นอันเกี่ยวกับการยินยอมให้สถาบันผู้ออกบัตรเครดิตเรียกเก็บเงินจากบัตรเครดิตนั้นมีความถูกต้องทุกประการ

สำหรับการหักบัญชีเพื่อชำระเบี้ยประกันภัยสำหรับการต่ออายุการประกันภัยนั้น สถาบันผู้ออกบัตรเครดิตได้รับใบแจ้งหนี้จากบริษัท ซึ่งโดยปกติจะได้รับล่วงหน้าสามสิบ (30) วันก่อนวันที่ระบุไว้ในใบรับรองการประกันภัยครบกำหนด ทั้งนี้ ในกรณีที่สถาบันผู้ออกบัตรเครดิตไม่สามารถดำเนินการหักชำระค่าเบี้ยประกันภัยได้ บริษัทจะผ่อนผันให้สถาบันผู้ออกบัตรเครดิตสามารถดำเนินการหักเงินจากบัญชีบัตรเครดิตของผู้เอารประกันเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัยกรณีล่าช้าได้ภายในระยะเวลาสามสิบ (30) วันหลังจากวันที่ทำการหักเงินจากบัญชีบัตรเครดิตครั้งแรก โดยให้ถือว่าความคุ้มครองตามใบรับรองประกันภัยจะยังคงมีอยู่ต่อเนื่องแม้ในระหว่างที่ผู้เอารประกันยังมิได้ชำระเบี้ยประกันเพื่อการต่ออายุนั้นก็ตาม แต่อย่างไรก็ตาม หากสถาบัน ผู้ออกบัตรเครดิต ไม่สามารถดำเนินการหักเงินจากบัญชีบัตรเครดิตของผู้เอารประกันได้ภายในกำหนดระยะเวลาดังกล่าวให้อำนาจความคุ้มครองตามใบรับรองประกันภัยนั้นครบกำหนดระยะเวลาเอาประกันภัยแล้ว ข้าพเจ้ารับทราบและตกลงว่า สถาบันผู้ออกบัตรเครดิตจะสามารถหักเงินจากบัญชีบัตรเครดิตของข้าพเจ้าเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันได้ ต่อเมื่อเงินในบัญชีบัตรเครดิตของข้าพเจ้าในขณะนั้นมีจำนวนเพียงพอสำหรับหักชำระค่าเบี้ยประกันภัยตามจำนวนที่ปรากฏในใบแจ้งหนี้ของบริษัท โดยสถาบันผู้ออกบัตรเครดิตไม่ต้องแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงของข้อมูลบัญชีบัตรเครดิตที่ระบุไว้ข้างต้น ข้าพเจ้าตกลงให้หนังสือฉบับนี้ยังคงมีผลใช้บังคับสำหรับบัญชีบัตรเครดิตที่ได้เปลี่ยนแปลงนั้นด้วยทุกประการ

ความยินยอมตามหนังสือฉบับนี้ให้มีผลบังคับทันทีนับแต่วันทำหนังสือนี้และให้มีผลบังคับไปจนกว่าข้าพเจ้าจะแจ้งยกเลิกหนังสือฉบับนี้เป็นลายลักษณ์อักษรแก่บริษัท อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน)

ลงชื่อ _____ ผู้ให้ความยินยอม

(_____)

โปรดใช้ลายมือชื่อเดียวกันกับลายมือชื่อด้านหลังบัตรเครดิต

สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคารตรวจสอบความถูกต้อง

ลงชื่อ _____

(_____)

ลายมือชื่อผู้รับมอบอำนาจธนาคาร/สาขา (ลายมือชื่อพร้อมประทับตราสาขา)

โทรศัพท์ _____ วันที่ _____ / _____ / _____

ชื่อเจ้าหน้าที่ลูกค้าสัมพันธ์ _____ รหัสเจ้าหน้าที่ลูกค้าสัมพันธ์ _____

- ข้อมูลในเอกสารนี้เป็นเพียงข้อมูลเบื้องต้น มิใช่ส่วนหนึ่งส่วนใดของสัญญาประกันภัย ความคุ้มครองที่ผู้ขอเอาประกันภัยซื้อพร้อมข้อกำหนดเงื่อนไขและผลประโยชน์จะเป็นไปตามที่กำหนดไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยเท่านั้น
- ธนาคาร กรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ในฐานะนายหน้าประกันภัยเป็นผู้นำเสนอผลิตภัณฑ์ด้านประกันภัย และรับชำระค่าเบี้ยประกันภัยเท่านั้น โดย บริษัท อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน) จะเป็นผู้รับผิดชอบในเงื่อนไข ความคุ้มครอง และสิทธิประโยชน์ตามเงื่อนไขที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัย หากมีปัญหาหรือข้อสงสัยใดๆ กรุณาติดต่อโดยตรงที่ บริษัท อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน) โทร. 0 2657 2929
- การนำส่งเบี้ยประกันภัยเป็นหน้าที่ของผู้เอาประกันภัย การที่นายหน้าประกันภัยเรียกเก็บค่าเบี้ยประกันภัยเป็นการให้บริการเท่านั้น
- ลูกค้าควรทำความเข้าใจในเงื่อนไขของความคุ้มครองของแบบประกันภัยก่อนตัดสินใจสมัครทำประกันภัย

Allianz 
AYUDHYA

รับประกันภัยโดย

บมจ. อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย

โทร. 0 2657 2929 จันทร์ - ศุกร์ เวลา 8.15 - 16.45 น.

ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน)

1222 ถนนพระรามที่ 3 แขวงบางโพงพาง

เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120

Call 1572 | www.krungsri.com

     Krungsri Simple