



From		Tel		Fax	
		Ext			
To		Tel		Fax	
Date		Ext			

**แบบฟอร์มการผ่อนชำระค่าสินค้า/บริการผ่านบัตรเครดิตโครงการ Smart Plan 0%**

Reference No. ....(IA No.)..... **สำหรับ ผู้ถือบัตรเครดิต**

ข้าพเจ้าผู้ถือบัตรเครดิตชื่อ นาย/นางสาว/นาง ..... บัตรประชาชนเลขที่.....  
ที่อยู่ปัจจุบัน .....

โทรศัพท์..... โทรสาร ..... มือถือ .....

เป็นผู้ถือบัตรเครดิต เลขที่ ..... วันบัตรหมดอายุ (เดือน / ปี)  
[ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

มีความประสงค์จะเข้าร่วมโปรแกรมผ่อนชำระ Smart Plan โดยขอใช้เงินในบัตรเครดิตของข้าพเจ้าชำระค่าเบี้ยประกันภัย  
ของข้าพเจ้า หรือ .....ในฐานะผู้ขอเอาประกันภัยจะต้องชำระ  
ตามสัญญาประกันภัยที่มีอยู่กับ บริษัท อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า "อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันภัย"  
จำนวน.....บาท (.....)

โดยข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้ผู้ถือบัตรเครดิตหักเงินจากวงเงินคงเหลือในบัตรเครดิตของข้าพเจ้า เพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัยดังกล่าวให้แก่  
อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันภัย ไปก่อน และข้าพเจ้าตกลงผ่อนชำระคืนเงินดังกล่าว (ไม่มีดอกเบี้ย) ให้แก่ผู้ถือบัตรเครดิตแบ่งเป็น .....งวด ๆ ละ  
.....บาท ต่อเดือน

โดยข้าพเจ้าตกลงยินยอม และผูกพันปฏิบัติตามข้อกำหนด และเงื่อนไขของโปรแกรมผ่อนชำระ Smart Plan ของผู้ถือบัตรเครดิต และ/หรือ  
ข้อกำหนดและเงื่อนไขใดเพิ่มเติมที่ผู้ถือบัตรเครดิตแจ้งให้ทราบเป็นครั้งคราวอีกส่วนหนึ่งด้วย

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อกำหนดและเงื่อนไขต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการดำเนินการตามที่ระบุไว้ข้างต้นเป็นอย่างดีแล้วและขอรับรองว่าข้อความ  
ที่ปรากฏข้างต้นและข้อความที่ปรากฏในเอกสารต่าง ๆ เป็นความจริงทุกประการ

.....  
(.....) (.....)

**ผู้ขอเอาประกันภัย** **ผู้ถือบัตรเครดิต**

- ข้อกำหนด**
1. ผู้ถือบัตรเครดิตจะเป็นผู้พิจารณาอนุมัติรายการ ซึ่งผู้ถือบัตรเครดิตจะต้องมีคุณสมบัติตามที่ผู้ถือบัตรเครดิตกำหนด และจะต้องมีวงเงินในบัตรเครดิต  
เหลือเพียงพอที่จะทำการการ
  2. ข้อตกลงความคุ้มครองของ อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันภัย จะมีผลบังคับก็ต่อเมื่อผู้ถือบัตรเครดิตอนุมัติรายการแล้วเท่านั้น
  3. กรณีคืนค่าเบี้ยประกันภัย อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันภัย ของสงวนสิทธิ์เป็นผู้พิจารณาคืนตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยประเภทเดียวกับที่ผู้ขอเอา  
ประกันภัยประสงค์จะสมัครใช้บริการกับ อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันภัย ไปยังผู้ขอเอาประกันภัย เว้นแต่ กรณีที่ต้องคืนเบี้ยประกันภัย อันเนื่องมาจากการยกเลิก  
กรมธรรม์ในช่วงระยะเวลาการแบ่งชำระอัตโนมัติดังกล่าวข้างต้น และ อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันภัย ได้รับแจ้งจากผู้ถือบัตรเครดิตว่า ผู้ถือบัตรเครดิตยังได้รับ  
ชำระหนี้อันเนื่องมาจากการอนุมัติรายการข้างต้นไม่เต็มจำนวน อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันภัย จะคืนค่าเบี้ยประกันภัยดังกล่าวไปยังผู้ถือบัตรเครดิต ซึ่งผู้ถือ  
บัตรเครดิตจะนำไปจัดสรรคืนดังกล่าว หากมีเงินคงเหลืออยู่เท่าใด ทางผู้ถือบัตรเครดิตจะคืนเงินจำนวนดังกล่าวเข้าสู่บัญชีของผู้ถือบัตรเครดิตต่อไป
  4. ผู้ถือบัตรเครดิตมิได้เป็นตัวแทนนายหน้าประกันวินาศภัยให้แก่ อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันภัย และไม่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้ข้อมูลหรือบริการใดๆ เกี่ยวกับแผน  
ประกันภัยของ อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันภัย หรือตัวแทนนายหน้าประกันวินาศภัยเป็นผู้เสนอแผนประกันภัยให้แก่ผู้ถือบัตรเครดิตและ/หรือผู้ขอเอาประกันภัย  
ซึ่งผู้ถือบัตรเครดิตและ/หรือผู้ขอเอาประกันภัยมีสิทธิ์ที่จะเอาประกันภัยหรือไม่ก็ได้ และถ้าประสงค์จะเอาประกันภัย ผู้ถือบัตรเครดิตและ/หรือผู้ขอเอาประกันภัย  
ก็จะเป็นผู้ติดต่อขอเอาประกันภัยไปยัง  
อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันภัย ซึ่งผู้ถือบัตรเครดิตเป็นเพียงผู้อำนวยความสะดวกในการเรียกเก็บค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิตของผู้ถือบัตรเครดิต ภายใต้  
ข้อกำหนดในข้อ 1. ข้างต้น เพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัยให้แก่ อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันภัยเท่านั้น

**สำหรับเจ้าหน้าที่ / For officer only** Payer ID ..... IA No. ....

ผู้รับชำระเบี้ยประกันภัยโครงการ Smart Plan .....สังกัด.....

Received Date ..... [ ] Approved [ ] Rejected Approval Code..... Approval name.....

Remark .....  
.....  
(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับชำระเบี้ยประกันภัยโครงการ Smart Plan



บริษัท อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน)

898 อาคารเพลินจิตทาวเวอร์ ถนนเพลินจิต แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทร: 02 657 2555 โทรสาร: 02 657 2500

ทะเบียนนิติบุคคล/เลขประจำตัวผู้เสียภาษี เลขที่ 0107566000062

