



| | | | | | |
|------|--|-----|--|-----|--|
| From | | Tel | | Fax | |
| | | Ext | | | |
| To | | Tel | | Fax | |
| Date | | Ext | | | |

แบบฟอร์มการผ่อนชำระค่าสินค้า/บริการผ่านบัตรเครดิต KTC

Reference No.(IA No.).....

สำหรับ ผู้ถือบัตรเครดิต

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

ที่อยู่ปัจจุบัน

โทรศัพท์..... โทรสาร มือถือ

เป็นผู้ถือบัตรเครดิตบัตรกรุงไทย จำกัด (มหาชน) เลขที่

วันบัตรหมดอายุ (เดือน / ปี)

มีความประสงค์จะเข้าร่วมโปรแกรมผ่อนชำระ ของ บริษัท บัตรกรุงไทย จำกัด (มหาชน) โดยขอใช้เงินในบัตรเครดิตของข้าพเจ้าชำระค่าเบี้ยประกันภัย ของ

ข้าพเจ้า หรือ

ในฐานของผู้ขอเอาประกันภัยจะต้องชำระตามสัญญาประกันภัยที่มีอยู่

กับ บริษัท อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า "อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันภัย" จำนวน.....บาท

(.....)

โดยข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้บริษัท บัตรกรุงไทย จำกัด (มหาชน) หักเงินจากวงเงินคงเหลือในบัตรเครดิตของข้าพเจ้า เพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัยดังกล่าว

ให้แก่อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันภัย ไปก่อน และข้าพเจ้าตกลงผ่อนชำระคืนเงินดังกล่าว (ไม่มีดอกเบี้ย) ให้แก่บริษัท บัตรกรุงไทย จำกัด (มหาชน) แบ่งเป็น

.....งวด ๆ ละบาท ต่อเดือน

โดยข้าพเจ้าตกลงยินยอม และผูกพันปฏิบัติตามข้อกำหนด และเงื่อนไขของโปรแกรมผ่อนชำระ ของบริษัท บัตรกรุงไทย จำกัด (มหาชน) และ/หรือข้อกำหนด

และเงื่อนไขเพิ่มเติมที่บริษัท บัตรกรุงไทย จำกัด (มหาชน) แจ้งให้ทราบเป็นครั้งคราวอีกส่วนหนึ่งด้วย ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อกำหนดและเงื่อนไขต่าง ๆ

ที่เกี่ยวกับการดำเนินการตามที่ระบุไว้ข้างต้นเป็นอย่างดีแล้วและขอรับรองว่าข้อความที่ปรากฏข้างต้นและข้อความที่ปรากฏในเอกสารต่าง ๆ เป็นความจริงทุก

ประการ

.....

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

ผู้ถือบัตรเครดิต

ข้อกำหนด 1. บริษัท บัตรกรุงไทย จำกัด (มหาชน) โดยจะเป็นผู้พิจารณาอนุมัติรายการ ซึ่งผู้ถือบัตรเครดิตจะต้องมีคุณสมบัติตามที่ธนาคารกำหนด และจะต้องมี

วงเงินในบัตรเครดิตเหลือเพียงพอที่จะทำการรายการ

2. ข้อตกลงความคุ้มครองของ อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันภัย จะมีผลบังคับก็ต่อเมื่อบริษัท บัตรกรุงไทย จำกัด (มหาชน) โดยอนุมัติรายการแล้วเท่านั้น

3. กรณีคืนค่าเบี้ยประกันภัย อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันภัย ของวงเงินสิทธิเป็นผู้พิจารณาขึ้นตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยประเภทเดียวกันที่ผู้ขอ

เอาประกันภัยประสงค์จะสมัครใช้บริการกับ อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันภัย ไปยังผู้ขอเอาประกันภัย เว้นแต่ กรณีต้องคืนเบี้ยประกันภัย อันเนื่องมาจากการ

ยกเลิกกรมธรรม์ในช่วงระยะเวลาการแบ่งชำระอัตโนมัติดังกล่าวข้างต้น และ อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันภัย ได้รับแจ้งจาก บริษัท บัตรกรุงไทย จำกัด (มหาชน)

ว่า บริษัท บัตรกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ยังได้รับชำระหนี้อื่นเนื่องมาจากการอนุมัติรายการข้างต้น ไม่เต็มจำนวน อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันภัย จะคืนค่าเบี้ย

ประกันภัยดังกล่าวไปยังบริษัท บัตรกรุงไทย จำกัด (มหาชน) โดยซึ่งบริษัท บัตรกรุงไทย จำกัด (มหาชน) โดยจะนำไปจัดสรรคืนหนี้ดังกล่าว หากมีเงิน

คงเหลืออยู่เท่าใด ทางบริษัท บัตรกรุงไทย จำกัด (มหาชน) โดยจะคืนเงินจำนวนดังกล่าวเข้าสู่บัญชีของผู้ถือบัตรเครดิตต่อไป

4. บริษัท บัตรกรุงไทย จำกัด (มหาชน) โดยมีได้เป็นตัวแทนนายหน้าประกันวินาศภัยให้แก่ อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันภัย และไม่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้

ข้อมูลหรือบริการใด ๆ เกี่ยวกับแผนประกันภัยของ อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันภัย หรือตัวแทนนายหน้าประกันวินาศภัยเป็นผู้เสนอ แผนประกันภัยให้แก่ผู้ถือ

บัตรเครดิตและผู้ขอเอาประกันภัย ซึ่งผู้ถือบัตรเครดิตและ/หรือผู้ขอเอาประกันภัยมีสิทธิที่จะเอาประกันภัยหรือไม่ก็ได้ และถ้าประสงค์จะเอา

ประกันภัย ผู้ถือบัตรเครดิตและ/หรือผู้ขอเอาประกันภัยก็จะเป็นผู้ติดต่อขอเอาประกันภัยไปยัง อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันภัย ซึ่ง บริษัท บัตรกรุงไทย จำกัด

(มหาชน) โดยเป็นเพียงผู้อำนวยการความสะดวกในการเรียกเก็บค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิตบริษัท บัตรกรุงไทย จำกัด (มหาชน) โดยภายใต้ข้อกำหนด

ในข้อ 1. ข้างต้น เพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัยให้แก่ อลิอันซ์ ออยุธยาประกันภัยเท่านั้น

สำหรับเจ้าหน้าที่ / For officer only Payer ID IA No.

ผู้รับชำระเบี้ยประกันภัยโครงการ Smart Payสังกัด.....

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

Remark

(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับชำระเบี้ยประกันภัย