

แบบฟอร์มชำระเบี้ยประกันผ่านบัตรเครดิต

เรียน ส่วนการตลาดตัวแทน 1 บริษัท ไทยไฟบูลย์ประกันภัย จำกัด(มหาชน) FAX : 02-2469660-62

ผู้เอาประกัน ชื่อ

ต่ออายุประกัน ทำประกันใหม่

ประกันอัคคีภัย

1. กรมธรรม์เลขที่ เบี้ยประกัน..... บาท

2. กรมธรรม์เลขที่ เบี้ยประกันบาท

ประกัน พ.ร.บ. กรมธรรม์เลขที่ เบี้ยประกัน.....บาท

ประกันรถยนต์ กรมธรรม์เลขที่ เบี้ยประกัน..... บาท

ประกันภัยประเภทอื่นๆ (ระบุ) กรมธรรม์เลขที่ เบี้ยประกัน... ..บาท

รวมค่าเบี้ยประกันบาท

บัตรเครดิต

VISA

MASTER CARD

ธนาคาร

เลข 3 ตัวท้ายหลังบัตร

เลขที่บัตร

เจ้าของบัตร(ภาษาอังกฤษ) บัตรหมดอายุ /.....

ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดบัตรเครดิต เพื่อชำระค่าเบี้ยประกันเป็นจำนวนเงินดังนี้บาท

ลงชื่อเจ้าของบัตร (ตรงตามหลังบัตร) ลงวันที่..... /..... /.....

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....มือถือ.....แฟกซ์.....