

Mail Order Form

วันที่.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด
เรียกเก็บเงินของข้าพเจ้าจากบัตรเครดิตของข้าพเจ้าเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัย ตามรายละเอียดดังนี้
กรมธรรม์เลขที่ และ

ชื่อผู้เอาประกันภัย

จำนวนเงิน บาท (.....)
การชำระเงิน

- บัตรเครดิตธนาคารกสิกรไทย
 บัตรเครดิตวิซ่า ธนาคาร.....
 บัตรเครดิตมาสเตอร์การ์ด ธนาคาร.....

หมายเลขบัตร

บัตรหมดอายุ

ชื่อเจ้าของบัตร

ที่อยู่.....

โทรศัพท์บ้าน..... ที่ทำงาน.....

ลายมือชื่อ (ตามบัตร).....

หมายเหตุ : บริษัทฯ จะส่งใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษี ให้แก่ผู้เอาประกันเมื่อได้รับการยืนยันจากธนาคารว่า
เรียกเก็บเงินได้แล้ว

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทฯ

จำนวนเงิน..... รหัสอนุมัติ.....

วันที่ขออนุมัติ..... เจ้าหน้าที่ผู้รหัสอนุมัติ.....

เลขที่เอกสารอ้างอิง R-010-CHQ.....