



หนังสือยินยอมชำระเงินผ่านบัตรเครดิต
Letter of Consent for Credit card Payment

วันที่ / Date

เรียน บริษัท เอ็ทน่า ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

To Aetna Health Insurance (Thailand) Public Company Limited

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ I am นามสกุล / Surname.....

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่/ ID Card No..... ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ /Address.....

จังหวัด/District..... รหัสไปรษณีย์/Postal code..... โทรศัพท์ / Telephone No.....

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมและผูกพันปฏิบัติตามข้อกำหนดและเงื่อนไขหลักของการชำระเงินกับ บริษัท เอ็ทน่า ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ตามรายละเอียดแบบฟอร์มการชำระเงิน ใ้กับ / I hereby agree and be bound by the terms and conditions of payment that Aetna will charge from my below account

บริษัท company name.....

ความสัมพันธ์/ Relationship กรมธรรม์เลขที่/Contract No.

จำนวนเงิน/ Amount บาท/Baht

นาย,Mr/นาง,Mrs/นางสาว,Ms.....นามสกุล/Surname.....

ความสัมพันธ์/ Relationship กรมธรรม์เลขที่/Contract No.

จำนวนเงิน/ Amount บาท/Baht

นาย,Mr/นาง,Mrs/นางสาว,Ms.....นามสกุล/Surname.....

ความสัมพันธ์/ Relationship กรมธรรม์เลขที่/Contract No.

จำนวนเงิน/ Amount บาท/Baht

(ยอดชำระตั้งแต่ 200,001.00บาท คิดค่าธรรมเนียม 2.1%)

ยินยอมชำระเงินผ่านบัตรเครดิต/hereby agree to authorize credit card my below account via.

ธนาคารผู้ออกบัตร/Bank owner VISA MASTER

บัตรเครดิตหมายเลข/ Credit Card No. - - -

วันบัตรหมดอายุ (เดือน/ปี)/Expiry date (MM/YY) /

ข้าพเจ้าขอยืนยันและรับรองว่า ข้อความที่ปรากฏข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน / I hereby confirm that all statements and information given above are truly correct

ลงชื่อ ผู้เอาประกัน/Policy Holder

กรุณาเซ็นชื่อให้เหมือนกับลายเซ็นในกรมธรรม์/As that given to the Policy

(.....)

วันที่/Date

ลงชื่อ.....ชื่อเจ้าของบัตรเครดิต/Credit card Name

กรุณาเซ็นชื่อให้เหมือนกับตัวอย่างที่ให้กับธนาคารและบัตรเครดิต/As that given to the Bank

(.....)

วันที่/Date

*** กรุณาแนบสำเนาบัตรประชาชนของเจ้าของบัตร พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง***

*** Please attach a copy of the card holder / owner. A certified true copy