Document No...../.....

Med-Sure Services Limited
บริษัท เมด-ชัวร์เซอร์วิสเซส จำกัด

AUTHORIZATION TO COLLECT PREMIUM THROUGH MY CREDIT CARD
หนังสือให้ความยินยอมตัดบัญชีผ่านบัตรเครดิต

Date (วันที่).....

I hereby authorize Med-Sure Services Limited to collect policy premium through my credit card based on belows detail. (ข้าพเจ้ามีความประสงค์ และยินยอมให้ บริษัท เมด-ชัวร์ เซอร์วิสเซส จำกัด เรียกเก็บเงินของข้าพเจ้าจากบัตรเครดิตของข้าพเจ้าเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัย ตามรายละเอียดดังนี้)

Policy Number (กรมธรรม์เลขที่) .....

Policy Holder Name (ชื่อผู้เอาประกันภัย) .....

Amount (จำนวนเงิน) .....Baht (บาท)

(.....)

☐ Visa Card Bank (บัตรเครดิตวีซ่า ธนาคาร).....

☐ Master Card Bank (บัตรเครดิตมาสเตอร์การ์ด ธนาคาร).....

Card No.(หมายเลขบัตร) ☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐

Expired Date (บัตรหมดอายุ) ☐☐ - ☐☐

Security Code(รหัสหลังบัตร) ☐☐☐ (Right-most (low-order) 3 digits at signature location)

(รหัส 3 ตัวด้านหลังบัตร ณ ตำแหน่งลายเซ็นต์)

Name of Card Holder (ชื่อเจ้าของบัตร) .....

Address (ที่อยู่).....

.....

Home Phone (โทรศัพท์บ้าน).....Phone (ที่ทำงาน) .....

Condition : This payment is not cancelable and no refund is made after issuance of policy.

เงื่อนไขการชำระเงิน : การชำระเงินนี้ไม่สามารถยกเลิกและไม่สามารถคืนเงินได้เมื่อมีการออกกรมธรรม์แล้ว.

Signature (same as that on card) ลายมือชื่อ (ตามบัตร).....

(For Company Use Only)

Amount of money..... Authorized code.....

Authorized date..... Authorization officer .....

Document number .....

LMG Pacific Healthcare

ศูนย์บริการ Service Center
ชั้นที่ 14 อาคารจัสมินซิตี้ เลขที่ 2 ซอยสุขุมวิท 23 ถนนสุขุมวิท แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110
โทรศัพท์ : 0-2401-9160 โทรสาร : 0-2401-9161
อีเมล์ : sales@lmgpacific.com เว็บไซต์ : www.lmgpacific.com
14th Floor, Jasmine City Building, No. 2, Soi Sukhumvit 23, Sukhumvit Road, Klongtoey Nua, Wattana, Bangkok 10110
Tel. : 0-2401-9160 Fax. : 0-2401-9161
E-mail : sales@lmgpacific.com Website : www.lmgpacific.com