

หนังสือยินยอมให้หักเงินจากบัญชีเงินฝาก

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้จัดการธนาคาร.....สำนักงาน / สาขา..... (“ธนาคาร”)

ข้าพเจ้า.....กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....
 เจ้าของบัญชีเงินฝากประเภท.....บัญชีเลขที่ (10 หลัก).....ชื่อบัญชี.....
 สถานที่ติดต่อ เลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....ต.รอก/ชอย.....
 ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

มีความประสงค์ ขอให้ธนาคารดำเนินการหักเงินจากบัญชีเงินฝากข้างต้นของข้าพเจ้า เพื่อนำไปชำระหนี้และ/หรือบรรดาภาระผูกพันต่างๆ ที่ข้าพเจ้ามีต่อบริษัท ชิกน่า ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ต่อไปนี้เรียกว่า “บริษัทฯ” ตามจำนวนที่ปรากฏในใบแจ้งหนี้ และ/หรือสื่อข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่ธนาคารได้รับจากบริษัทฯ โดยการนำเงินที่หักจากบัญชีของข้าพเจ้าแล้วโอนเข้าบัญชีของบริษัทฯ

ในการดำเนินการหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าเพื่อนำไปชำระหนี้และ/หรือบรรดาภาระผูกพันต่างๆ ให้แก่บริษัทฯ นั้น หากปรากฏในภายหลังว่าจำนวนเงินที่บริษัทฯ แจ้งแก่ธนาคารนั้นไม่ถูกต้อง และธนาคารได้ทำการหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าตามจำนวนที่ปรากฏในใบแจ้งหนี้และ/หรือสื่อข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ที่ธนาคารได้รับจากบริษัทฯ เรียบร้อยแล้ว ข้าพเจ้าตกลงที่จะดำเนินการเรียกร้องเงินจำนวนดังกล่าวจากบริษัทฯ โดยตรง ทั้งนี้ข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิ์ในการเรียกร้อง หรือฟ้องร้อง ให้ธนาคารชดเชยเงินที่ธนาคาร ได้หักโอนจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าเพื่อชำระหนี้และ/หรือบรรดาภาระผูกพันต่างๆ ที่บริษัทฯ ส่งให้ธนาคารตามใบแจ้งหนี้และ/หรือสื่อข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ ข้าพเจ้าตกลงยอมรับว่าธนาคารจะหักเงินจากบัญชีของข้าพเจ้าได้ ก็ต่อเมื่อเงินในบัญชีของข้าพเจ้ามีเพียงพอที่จะทำการหักบัญชีได้ในขณะนั้นเท่านั้น และในการหักเงินจากบัญชีเงินฝากดังกล่าว ข้าพเจ้าไม่ประสงค์ให้ธนาคารต้องแจ้งผลของการหักบัญชีแต่อย่างใด เนื่องจากข้าพเจ้าสามารถทราบผลของการหักบัญชีนี้ได้จากสมุดคู่ฝาก หรือ Statement ของธนาคาร

ในกรณีที่ยาละเอียดเกี่ยวกับบัญชีเงินฝากที่กล่าวมาแล้ว เช่น ชื่อบัญชี เลขที่บัญชี หรือผู้มีอำนาจเบิก-ถอนเงิน เป็นต้น ได้เปลี่ยนแปลงไป ข้าพเจ้าตกลงให้หนังสือยินยอมให้หักเงินจากบัญชีเงินฝากฉบับนี้ ยังคงมีผลใช้บังคับสำหรับบัญชีเงินฝากที่ได้เปลี่ยนแปลงนั้นแล้วด้วยทุกประการ หากข้าพเจ้าได้ปิดบัญชีเงินฝากดังกล่าวข้างต้น ข้าพเจ้าตกลงจะแจ้งให้บริษัทฯ ทราบเป็นลายลักษณ์อักษรโดยทันที มิฉะนั้น ข้าพเจ้าตกลงยินยอมชำระหนี้และ/หรือบรรดาภาระผูกพันต่างๆ ให้แก่บริษัทฯ ทั้งสิ้นทันที ตามจำนวนและวิธีการที่ทางบริษัทฯ แจ้งให้ข้าพเจ้าทราบทุกประการ

ข้าพเจ้าตกลงว่า การยินยอมให้หักเงินจากบัญชีเงินฝากนี้ ให้มีผลใช้บังคับได้ทันทีนับตั้งแต่วันที่ระบุข้างต้นในหนังสือฉบับนี้ และให้คงมีผลบังคับใช้ต่อไปจนกว่าจะมีการแจ้งยกเลิกเพิกถอนล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วัน โดยทำเป็นลายลักษณ์อักษรส่งไปยังธนาคารและบริษัทฯ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาหนังสือขอให้หักเงินจากบัญชีเงินฝากไว้เป็นหลักฐานเรียบร้อยแล้ว

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....เจ้าของบัญชีผู้ให้ความยินยอม

(.....)

หมายเหตุ: เจ้าของบัญชีกรุณาลงลายเซ็นให้ตรงตามที่ได้ให้ไว้กับธนาคาร แล้วพับเพื่อส่งกลับมายังบริษัทฯ

(สำหรับ บริษัท ชิกน่า ประกันภัย จำกัด (มหาชน))

(สำหรับธนาคาร)

<p>บริษัท ชิกน่า ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ทะเบียนเลขที่ 0107540000090 ขอรับรองว่าผู้ให้ความยินยอมเป็นลูกค้าของบริษัทฯ จริง</p> <p>ลงชื่อ</p> <p style="text-align: center;">(.....)</p> <p>วันที่</p> <p style="text-align: center;">(ลายมือชื่อผู้รับมอบอำนาจของบริษัทฯ)</p>	<p><input type="checkbox"/> ธนาคารตกลงดำเนินการตามความประสงค์ของเจ้าของบัญชี</p> <p><input type="checkbox"/> ธนาคาร ไม่สามารถดำเนินการได้เนื่องจาก :</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> บัญชีปิดแล้ว <input type="checkbox"/> ลายมือชื่อ ไม่ถูกต้อง <input type="checkbox"/> เลขที่บัญชี ไม่ถูกต้อง <input type="checkbox"/> อื่นๆ</p> <p>ลงชื่อ</p> <p style="text-align: center;">(.....)</p> <p>วันที่</p> <p style="text-align: center;">(ลายมือชื่อผู้รับมอบอำนาจสาขาของธนาคาร)</p>
--	--



บริษัท ซิกน่า ประกันภัย จำกัด (มหาชน)
CIGNA INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

บริการธุรกิจตอบรับ

ใบอนุญาตเลขที่ ปน.(ต)/4156 ปณ.รองเมือง
ถ้าฝากส่งในประเทศไม่ต้องฉีกตามไปรษณียากร

บริษัท ซิกน่า ประกันภัย จำกัด (มหาชน)
ตู้ ปณ. 112 ปณศ. รองเมือง
กทม. 10330