



วิริยะประกันภัย
THE VIRIYAH INSURANCE

ความมั่นคง คือ ใจไทย

สาขา ปู่เจ้าสมิงพราย 258/37 หมู่ 10 ถ.ปู่เจ้าสมิงพราย ต.สำโรงใต้ อ.พระประแดง สมุทรปราการ 10130
โทร. 0-2384-7741-8 แฟกซ์ : 0-2384-7740

วันที่พิมพ์ 04/10/2561
เวลา 14:47
เลขที่ ๑๖๗

เรียน ท่านผู้เอาประกันภัย

เทศบาลตำบลช้างเผือก
209/1 หมู่ 2 ถนน -
ตำบล ช้างเผือก อำเภอ เขาชะเมา ระยอง 21110

บริษัท แฟมมิลี อินชัวร์نس จำกัด
บริการประกันภัยหรือทำประกันภัยชีวิต
Tel: 02-9956040, 02-9956972, 02-9955407
081-9117207, 089-6662211
Fax: 02-9956197
E-mail : fibfib@hotmail.com

ติดต่อ คุณเรไร, คุณยาวลักษณ์,
ในเดือนต่ออายุกรมธรรม์

สำหรับลูกค้า

กรมธรรม์แบบ : ไม่ระบุชื่อผู้ขับขี่	รหัสรถ : 120	กรมธรรม์ภาคสมัครใจ เลขที่ : 09054-61104/กธ/002468-30
วันหมดอายุ : 18/01/2562	ประเภทกรมธรรม์ : 3	เบี้ยสุทธิ 4,090.12 บาท เบี้ยรวมภาษีอากร : 4,394.62 บาท
รถยนต์ยี่ห้อ : ISUZU	ทะเบียนรถ : ขข 7488 รย	กรมธรรม์ภาคบังคับ(พ.ร.บ.) เลขที่ :
เลขตัวถัง : MP1TFR85JHG001940	ประเภทการซ่อม :	วันหมดอายุ :
ส่วนลดกลุ่ม : -	ส่วนเพิ่มประวัติ : -	รหัสรถ :
ส่วนลดประวัติดี : 20.00%=1,022.00	ส่วนลดอื่นๆ : -	เบี้ยสุทธิ :
เคลมพิค : - ครั้ง/จำนวนเงิน	- บาท	บาท เบี้ยรวมภาษีอากร : 645.21 บาท
เคลมลูก : - ครั้ง/จำนวนเงิน	- บาท	เบี้ยประกันภัยภาคสมัครใจรวม พ.ร.บ. 5,039.83 บาท

มีแผนที่จะมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างค่าเบี้ยใหม่

ความรับผิดชอบบุคคลภายนอก	รถยนต์เสียหาย สูญหาย ไฟไหม้	ความคุ้มครองตามเอกสารแนบท้าย
1) ความเสียหายต่อชีวิต ร่างกาย หรืออนามัย เฉพาะส่วนเกินวงเงินสูงสุดตาม พ.ร.บ. 300,000 บาท/คน 10,000,000 บาท/ครั้ง 2.) ความเสียหายต่อทรัพย์สิน 1,000,000 บาท/ครั้ง 2.1 ความเสียหายส่วนแรก - บาท/ครั้ง	1) ความเสียหายต่อรถยนต์ ไม่คุ้มครอง บาท/ครั้ง 1.1 ความเสียหายส่วนแรก - บาท/ครั้ง เนื่องจากการชนกับยานพาหนะทางบก (ร.ย.ภ.10) - บาท/ครั้ง 2) รถยนต์สูญหายไฟไหม้ ไม่คุ้มครอง บาท	1) อุบัติเหตุส่วนบุคคล 1.1 เสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ ทูพพลภาพถาวร ก) ผู้ขับขี่ 1 คน 50,000 บาท ข) ผู้โดยสาร 4 คน 50,000 บาท/คน 1.2 ทูพพลภาพชั่วคราว ก) ผู้ขับขี่ 1 คน ไม่คุ้มครอง บาท/สัปดาห์ ข) ผู้โดยสาร - คน ไม่คุ้มครอง บาท/คน/สัปดาห์ 2) ค่ารักษาพยาบาล 50,000 บาท/คน 3) การประกันตัวผู้ขับขี่ 200,000 บาท/ครั้ง

กรณีที่ยอดของข้าพเจ้าเกิดเหตุเป็นฝ่ายผิดก่อนกรมธรรม์เต็มสิ้นสุดความคุ้มครอง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ เรียกคืนส่วนลดประวัติ หรือเพิ่มเบี้ยประวัติ ไม่คืนจากข้าพเจ้าได้

ช่องทางการชำระเงิน

① ชำระผ่านตัวแทนบริษัทฯ หรือสาขาของบริษัทฯ ทั่วประเทศ

② ชำระผ่านบัตรเครดิต (โปรดกรอรายละเอียดด้านล่างให้ครบถ้วน แล้ว FAX ใบเดือนต่ออายุกรมธรรม์ฉบับนี้ กลับมาตามหมายเลขโทรศัพท์ที่ระบุไว้)

ธนาคาร..... VISA MasterCard Platinum Card Titanium Card อื่นๆ.....

เลขที่บัตรเครดิต 0000 - 0000 - 0000 - 0000 วันหมดอายุของบัตร 00 - 00

โปรดเรียกเก็บเป็นจำนวนเงิน.....บาท ตัวอักษร(.....)

ชื่อ - นามสกุล (ตามบัตร).....ลายเซ็นชื่อตามบัตร.....วันที่...../...../.....

ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกัน.....เบอร์ติดต่อเจ้าของบัตร.....

สำหรับบริษัท เลขที่อนุมัติ 000000 วันที่อนุมัติ 00-00-00

(โปรดอ่านต่อด้านหลัง)

๓ ชำระผ่านใบแจ้งการชำระเงิน

วิธีการและขั้นตอนการชำระเงิน	ธนาคาร									
					TMB					
Comp Code หรือรหัสบริษัท	30000	50080	071-0-02749-2	0120	0148	6003	7314	VI01	VIB	
1. ชำระผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร โดยใช้ใบแจ้งการชำระเงินที่อยู่ด้านล่าง รับเฉพาะ - เงินสด - เช็คในเขต Clearing ของธนาคารนั้นๆ (กรณีเช็คที่นำฝากเรียกเก็บเงินไม่ได้ทางบริษัท จะส่งเช็คคืนให้ท่านตามที่อยู่ใน กรมธรรม์ที่แจ้งไว้ทันที)	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
2. ชำระผ่านตู้ ATM หน่วยบริการตามศูนย์บริการที่ธนาคารกำหนด โดยบันทึก Reference No.1 และ No.2 หรือ สแกน Barcode	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
3. ชำระผ่านเว็บไซต์ธนาคาร ต้องมีบัญชีของธนาคาร และสมัครการใช้บริการที่ธนาคารหรือดาวน์โหลดเว็บไซต์ธนาคาร เพื่อ ขอ Login เข้าสู่ระบบ	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
4. ชำระผ่านโทรศัพท์	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
5. ชำระผ่านโทรศัพท์มือถือ ต้องมีบัญชีเงินฝาก และสมัครใช้บริการได้ที่ธนาคารที่เปิดบัญชี หรือ Website ของแต่ละธนาคาร	Bualuang mBanking	K-Mobile Banking	KRUNGSRI Mobile Banking	SCB MOBILE BANKING	TMB M-Banking	KTB online	Thanachart Connect			
6. ชำระผ่านเครื่องรับฝากเงิน - เครื่อง CDM ของธนาคารไทยพาณิชย์ และธนาคารกรุงไทย รับชำระด้วยเงินสด - เครื่อง ADM ของธนาคารกรุงศรีอยุธยา รับชำระผ่านบัตร ATM บัตร VISA Electron หรือ VISA Debit - เครื่อง ADM ของธนาคารทหารไทย รับชำระด้วยเงินสด	• CDM	•	• ADM	• CDM	• ADM	•	•	•	•	•

ข้อแนะนำเพิ่มเติม

- การชำระเป็นประกันภัยทุกครั้ง โปรดระบุ Reference No.1 และ No.2 จากใบแจ้งการชำระเงิน
- โปรดเก็บเอกสารการชำระเงิน เพื่อเป็นหลักฐานอ้างอิงการชำระค่าเบี้ยประกันภัย
- สามารถดูรายละเอียดการชำระเงินเพิ่มเติมได้ที่ www.viriyah.co.th

สำหรับธนาคาร

ใบแจ้งการชำระเงิน



SERVICE CODE : VIB

NAME เทศบาลตำบลลำซิ่ง
 REFERENCE NO.1 09054 1 104 002468
 REFERENCE NO.2 ชช 7488 ทย

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107555000139

เพื่อเข้าบัญชี บริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด (มหาชน)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> บมจ. ธ.กรุงเทพ (Br.No.116)(Comp Code : 30000) | <input type="checkbox"/> บมจ. ธ.ไทยพาณิชย์ COMP.CODE 0120 |
| <input type="checkbox"/> บมจ. ธ.กรุงศรีอยุธยา A/C 071-0-02749-2 (PAYMENT SYS.) | <input type="checkbox"/> บมจ. ธ.กรุงไทย COMP.CODE 6003 |
| <input type="checkbox"/> TMB บมจ. ธ.ทหารไทย Comp Code : 069 / Service Code : 0148 | <input type="checkbox"/> ธนาคารออมสิน COMP.CODE VIB |
| <input type="checkbox"/> บมจ. ธ.กสิกรไทย A/C 033-1-07877-8 (COMP.CODE 50080) | <input type="checkbox"/> ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร CODE : VI01 |
| <input type="checkbox"/> บมจ. ธ.ธนชาต Com.Code G100/ Service Code 7314 | <input type="checkbox"/> เคาน์เตอร์แคชเชียร์บีทีซี |

หมายเลขเช็ค/Cheque No	เช็คลงวันที่/Date	ชื่อธนาคาร สาขา/Bank-Branch	จำนวนเงิน/Amount	สำหรับเงินฝากที่ธนาคาร/For Bank Only
				ผู้รับเงิน
<input type="checkbox"/> เงินสด/Cash	ตัวอักษร/Total Amount			ผู้รับมอบอำนาจ

การชำระเงินผ่านเคาน์เตอร์ธนาคารต้องใช้ใบแจ้งการชำระเงินเท่านั้น ซึ่งสามารถชำระได้ที่ธนาคารทุกสาขาทั่วประเทศที่กักหนัดใช้วงเงินนี้ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด โปรดอ่านเงื่อนไขการชำระเงินต้นและตรวจสอบยอดหลักฐานการชำระเงินจากธนาคารทุกครั้ง

!Q!WRÄ-zEÖÉmÇ)%!H"NE8ÄEmmOfj