

1091/335 ชั้น 7 อาคารซีดีสิงค์
ซอยเพชรบุรี 35 ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงมักกะสัน เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 ประเทศไทย
โทร. +66 (0) 2 305 8533 แฟกซ์ +66 (0) 2 305 8523
อีเมล claim@allianz-assistance.co.th

กรุณารอกข้อมูลในส่วน 1, 2, 3 และส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องให้สมบูรณ์ และส่งคืนมายังบริษัทฯ พร้อมหลักฐาน
การเรียกร้องสินไหม แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมหนึ่งใบสำหรับผู้เอาประกันภัยหนึ่งราย

กรุณาเก็บสำเนาเอกสารทั้งหมดที่ส่งคืนมายังบริษัทฯ เพื่อเป็นหลักฐาน

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหม

เลขที่เรียกร้องสินไหม: _____

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

หมายเหตุ: ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายใดๆ ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานเรียกร้องสินไหมทดแทน เพื่อให้เอกสารการเรียกร้องสินไหมนี้สมบูรณ์ ตลอดจน
หลักฐานประกอบอื่นๆ

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่สามารถให้ออกสารตามที่ระบุไว้ นั้น ทางบริษัทมีสิทธิปฏิเสธเนื่องจากเอกสารไม่ครบถ้วน

ส่วนที่ 1 รายละเอียดลูกค้าและการเดินทาง (กรุณารอกข้อมูลทุกกรณี)

กรมธรรม์เลขที่ :

ชื่อ- นามสกุล ผู้เอาประกันภัย :

เชื้อชาติ และประเทศที่อาศัย :

อาชีพ :

วันเกิด :

ที่อยู่ (สำหรับติดต่อ) :

เบอร์โทรศัพท์ :

ที่ทำงาน :

บ้าน :

มือถือ :

รายละเอียดการเดินทาง

วันที่ทำการจอง :

วันที่ออกเดินทาง :

วันที่เดินทางกลับ :

เดินทางไปยัง (ในประเทศ หรือต่างประเทศ) :

คุณเคยเรียกร้องสินไหมประกันภัยการเดินทางมาก่อนหรือไม่ : ใช่ ไม่

ถ้าเคย กรุณาระบุรายละเอียดการเรียกร้องสินไหมดังกล่าว (เช่น วันที่ จำนวนเงิน ประเภทของการเรียกร้องสินไหม บริษัทประกันภัยคู่สัญญา) :

กรุณาระบุประเภทของสินไหมที่ท่านจะเรียกร้องภายใต้ความคุ้มครองของกรมธรรม์ของท่าน (กรุณาทำเครื่องหมายกากบาทหน้าข้อที่เหมาะสม)

 ค่ารักษาพยาบาล การชดเชยความรับผิดชอบแรกสำหรับค่าเช่ารถ อุปกรณ์กอล์ฟ สัมภาระสูญหาย / เสียหาย หรือของพกส่วนตัว การยกเลิกหรือการตัดก่อนการเดินทาง กรณีเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุ การเดินทางล่าช้า / พลาดการต่อเที่ยวบิน สัมภาระล่าช้า กรณีเรียกร้องค่าทดแทนอื่นๆ

กรุณาแนบเอกสารหลักฐานมาพร้อมกับแบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมเพื่อให้การพิจารณาสินไหมเป็นไปอย่างรวดเร็ว และทำเครื่องหมายกากบาทหน้าข้อที่เหมาะสม

- สำเนาตารางกรมธรรม์และกำหนดการเดินทาง
- สำเนาพาสปอร์ต และวีซ่า (ถ้ามี) พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- ตัวเครื่องบินต้นฉบับ อีเล็กทรอนิกส์ บัตรขึ้นเครื่องบินหรือสำเนา ซึ่งรับรองสำเนาถูกต้อง

ส่วน 2 รายละเอียดการเรียกร้องสินไหม

A. การเรียกร้องสินไหมเนื่องมาจากการเดินทางล่าช้า/พลาดการต่อเที่ยวบิน

เพื่อให้การเรียกร้องสินไหมของท่านเป็นไปอย่างรวดเร็ว กรุณากรอกข้อมูลในส่วน 1, 2.A และ 3 ให้ครบถ้วนและส่งคืนพร้อมเอกสารหลักฐานที่ระบุไว้ในตอนท้าย

กรุณายืนยันวันที่ เวลา และจุดหมายการเดินทางที่ท่านกำหนดจะไปถึงหรือเพื่อต่อเที่ยวบิน

วัน : เวลา : จุดหมายการเดินทาง :

กรุณายืนยันวันที่ เวลาที่ท่านเดินทางไปถึงตามจริงหรือเวลาที่ออกเดินทางต่อ

วัน : เวลา :

กรุณายืนยันเวลาทั้งหมดที่ล่าช้าทั้งหมดและออกเดินทาง

ชั่วโมง : นาที :

สาเหตุความล่าช้า :

ถ้าท่านเดินทางโดยเครื่องบินกรุณาระบุเที่ยวบิน

B. รายละเอียดการเรียกร้องสินไหมเนื่องจากสัมภาระสูญหาย / เสียหาย เงินสูญหาย เอกสารการเดินทางสูญหาย

เพื่อให้การเรียกร้องสินไหมของท่านเป็นไปอย่างรวดเร็ว กรุณากรอกข้อมูลในส่วน 1, 2.B และ 3 ให้ครบถ้วนและส่งคืนพร้อมเอกสารหลักฐานที่ระบุไว้ในตอนท้าย

กรุณาระบุเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างละเอียด (ท่านสามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ในกระดาษ และแนบมาพร้อมกับแบบฟอร์ม)

ท่านได้ดำเนินการแจ้งความต่อตำรวจหรือเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหรือไม่ ใช่ ไม่

ถ้าใช่ กรุณาระบุสถานีตำรวจ หรือหน่วยงาน (เช่น สายการบิน ชื่อและที่อยู่ของหน่วยงาน) :

ถ้าไม่ใช่ กรุณาระบุเหตุผลที่ท่านไม่ได้แจ้งความ :

คุณได้รับการชดเชยจากตัวแทนบริษัทท่องเที่ยวหรือหน่วยงานอื่น หรือไม่ ใช่ ไม่ใช่

ชื่อบริษัท :

หมายเลขกรมธรรม์ :

กรณาระบุรายละเอียดการสูญหาย ความเสียหาย หรือการโจรกรรมสัมภาระ เงิน หรือเอกสาร (เช่น หนังสือเดินทาง) ท่านสามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ในกระดาษ และแนบมาพร้อมกับแบบฟอร์ม

รายละเอียด (รวมถึงสถานที่เกิดเหตุ ถ้าเป็นเงิน กรณาระบุสกุลเงิน)	เจ้าของ	ราคาที่ยืมมา (กรณาระบุ สกุลเงิน)	วันที่และสถานที่ ซื้อ (กรณาระบุ ถ้าท่านไม่ได้เป็น เจ้าของ)	วิธีการชำระเงิน (เช่น บัตร เครดิต)	จำนวนเงิน ที่เรียกร้อง สินไหม (โปรด ระบุสกุลเงิน)

C. การเรียกร้องสินไหมอันเนื่องมาจากสัมภาระล่าช้า

เพื่อให้การเรียกร้องสินไหมของท่านเป็นไปอย่างรวดเร็ว กรุณากรอกข้อมูลในส่วน 1, 2.C และ 3 ให้ครบถ้วนและส่งคืนพร้อมเอกสารหลักฐานที่ระบุไว้ในตอนท้าย

กรณาระบุวันที่และเวลาที่ท่านเดินทางไปถึงจุดหมายปลายทาง

วัน : เวลา : เที่ยวบิน :

สาเหตุที่สัมภาระล่าช้า :

ท่านเคยได้รับการชดเชยจากบริษัทตัวแทนการท่องเที่ยวหรือหน่วยงานอื่นๆ หรือไม่ ใช่ ไม่ใช่

ถ้าเคย กรุณาระบุรายละเอียด

D. การเรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาล หรือการติดก่อนการเดินทาง

เพื่อให้การเรียกร้องสินไหมของท่านเป็นไปอย่างรวดเร็ว กรุณากรอกข้อมูลในส่วน 1, 2.D, 2.G และ 3 ให้ครบถ้วนและส่งคืนพร้อมเอกสารหลักฐานที่ระบุไว้ในตอนท้าย

กรณาระบุสถานที่ที่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย :

วันที่ : ประเทศ :

กรณาระบุสาเหตุของการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย ถ้าเป็นการเรียกร้องสินไหมเนื่องจากการติดก่อนการเดินทาง กรุณาระบุเหตุผล :

ประเภทของการรักษาพยาบาล :

ชื่อและที่อยู่ของโรงพยาบาล / คลินิก :

ชื่อแพทย์ที่ทำการรักษา :

วันที่เข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือวันที่ได้รับการรักษา :

อาการบาดเจ็บหรือป่วยไข้มันเคยเกิดขึ้นมาก่อนหรือไม่ : ใช่ ไม่

คุณาระบุรายละเอียดของประกันสุขภาพ ซึ่งท่านมี (เช่น ประกันสุขภาพส่วนบุคคล ประกันกลุ่มของบริษัท) :

คุณาระบุรายละเอียดค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดที่ท่านต้องการเรียกร้อง (ท่านสามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ในกระดาษ และแนบมาพร้อมกับแบบฟอร์ม)

ประเภทค่ารักษาพยาบาล (เช่น ค่าแพทย์)	ชื่อโรงพยาบาล / แพทย์	สกุลเงิน และจำนวนเงินที่ได้ชำระ
จำนวนเงินทั้งหมดที่จะเรียกร้องสินไหม		

คุณาระบุรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และคำแนะนำจากแพทย์ทั้งหมดที่ได้รับในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา

รายชื่อแพทย์ที่ทำการรักษา	วันที่ได้ทำการรักษาหรือแนะนำ	ลักษณะ/ชนิด ของการเจ็บป่วย/บาดเจ็บ /ชนิดของการรักษา/การใช้ยา

ปัจจุบัน คุณอยู่ระหว่างการรักษาพยาบาล หรือรับประทานยาหรือไม่ ? ใช่ ไม่

ถ้าใช่ กรุณาระบุรายละเอียดการรักษาพยาบาลหรือรับประทานยาในปัจจุบัน :

E. การเรียกร้องสินไหมการยกเลิกการเดินทาง

เพื่อให้การเรียกร้องสินไหมของท่านเป็นไปอย่างรวดเร็ว กรุณากรอกข้อมูลในส่วน 1, 2.E และ 3 ให้ครบถ้วนและส่งคืนพร้อมเอกสารหลักฐานที่ระบุไว้ในตอนท้าย

1. กรุณาระบุวันที่ที่ท่านตัดสินใจได้รับและให้บอกเลิกการเดินทาง :

วัน : เดือน : ปี :

2. กรุณาระบุวันที่ที่ท่านแจ้งยกเลิกการเดินทางตัดสินใจได้รับและให้บอกเลิกการเดินทางแก่บริษัทที่เกี่ยวข้อง :

วัน : เดือน : ปี :

ถ้าวันที่ในข้อ 1 และข้อ 2 แตกต่างกัน กรุณาอธิบาย :

กรุณาระบุรายละเอียดที่ชัดเจนเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้ท่านยกเลิกการเดินทาง :

F. การเรียกร้องสินไหมสินไหมอื่น

เพื่อให้การเรียกร้องสินไหมของท่านเป็นไปอย่างรวดเร็ว กรุณากรอกข้อมูล ให้ครบถ้วนและส่งคืนพร้อมเอกสารหลักฐานที่ระบุไว้ในตอนท้าย

กรุณาระบุรายละเอียดมากที่สุดที่จะแจ้งได้เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและต้องการเรียกร้องค่าสินไหม (ท่านสามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ในกระดาษแนบเพิ่ม)

สิ่งที่ท่านต้องการเรียกร้องค่าสินไหมตรงกับความคุ้มครองในส่วนใดของกรมธรรม์ ?

G. Medical certificate

In order for your medical expenses, trip cancellation or curtailment claim to be dealt with promptly, please ensure this section is fully completed by your doctor.

Patient name:

Age/date of birth:

Date of visit/admission:

Date of discharge:

Doctor:

History of present illness:

Pre-existing illness: yes no

If there any indication that the condition suffered was due to substance, alcohol or drug abuse: yes no

Vital signs: BP: HR: PR: BT: BW:

General appearance:

Neuro:

HEENT:

Lungs:

Heart:

Abdomen:

Extremities:

Investigation/laboratory findings:

Diagnosis:

Medication/treatment:

Hospital course/progress:

Treating doctor's opinion:

Follow-up appointment: yes Date: no

Home medication (if discharged):

Travel recommendation (fit to fly with or without escort, required assistances):

Permit to travel: Fit to fly date: Unfit to fly

Need escort: Yes Doctor Nurse Non-medical escort No escort

Need wheelchair assistance: Yes WCHR WCHS WCHC No

Need oxygen supplement: Yes Intermittent Continuous LPM No

Need stretcher: Yes No Others:

I certify that the statements contained in this Medical Certificate are true and correct.

Doctor's signature:

Date:

ส่วน 3 การจ่ายสินไหม (กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน)

วิธีการจ่ายสินไหม

กรุณาระบุวิธีการจ่ายสินไหมที่ทันต้องการ

ผ่านธนาคารของท่าน

ชื่อบริษัท :

ชื่อบัญชี :

SWIFT/IBAN Code (สำหรับบัญชีต่างประเทศเท่านั้น)

โดยเช็คส่งไปยังที่อยู่ (ที่ระบุในส่วน A)

กรุณาอ่านคำรับรองข้างล่างอย่างระมัดระวังและลงชื่อพร้อมวันที่

คำรับรอง (Declaration)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดที่ระบุในแบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมนี้ เป็นความจริงและถูกต้อง

ข้าพเจ้าทราบว่าผู้บริหารงานหรือตัวแทนอาจจะมอบให้หรือนำข้อมูลมาจากผู้ประกันภัยรายอื่น และ / หรือหน่วยงานอื่น ซึ่งรายละเอียดส่วนตัวที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการเรียกร้องสินไหมนี้

ลายเซ็นผู้เรียกร้องสินไหม

วันที่

Additional information

Release of medical information

I, _____ passport number _____, hereby authorise any hospital, physician or other person who has medically examined me to furnish Allianz Global Assistance (Thailand) all information with respect to any illness or injury, medical history, consultation, prescription or treatment that were rendered to me. A Photostat /Faxed copy of this authorization shall be considered as effective and valid as an original.

I understand that this authorization will allow Allianz Global Assistance (Thailand) to use the information obtained to investigate and adjudicate my claims.

Patient's signature:

Witness's signature:

Date of signature and location:

เรียน ท่านผู้เอาประกันภัย และผู้ที่เกี่ยวข้อง

การปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน

ด้วย นับตั้งแต่วันที่ 21 สิงหาคม 2555 เป็นต้นไป กฎหมายว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน กำหนดให้บริษัทประกันวินาศภัยจะต้องจัดให้ผู้เอาประกันภัยแสดงตนโดยแนบสำเนาเอกสารแสดงตนตามที่สรุปมาในตารางข้างล่างนี้

สัญชาติ	บุคคลธรรมดา	นิติบุคคล
ไทย	บัตรประจำตัวประชาชน	หนังสือรับรองการจดทะเบียน (อายุไม่เกิน 6 เดือน)
ต่างดาว	หนังสือเดินทาง	หลักฐานรับรองสถานภาพตามกฎหมายของนิติบุคคลดังกล่าว

นอกจากนี้ กฎหมายฉบับดังกล่าวยังมีผลบังคับต่อไปอีกว่า ผู้เอาประกันภัยจะต้องให้ข้อมูลแก่บริษัทประกันวินาศภัยตามรายการที่กำหนด ซึ่งในเรื่องนี้สมาคมประกันวินาศภัยได้ร่วมกับสำนักงานป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน จัดทำแบบรายการแสดงตนมาตรฐานของบริษัทประกันวินาศภัยไว้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ทั้งนี้ หากผู้จ่ายค่าเบี้ยประกันภัย หรือผู้รับค่าสินไหมทดแทนเป็นอีกบุคคลหรือนิติบุคคลหนึ่งที่มีใช่ผู้เอาประกันภัย กฎหมายกำหนดให้ผู้จ่ายค่าเบี้ยประกันภัย และผู้รับค่าสินไหมทดแทนก็ต้องดำเนินการตามที่กล่าวมาข้างต้น เช่นเดียวกัน

เนื่องจาก บริษัทฯ ได้ตรวจสอบข้อมูลในระบบฯ ณ วันที่ออกหนังสือฉบับนี้แล้วไม่พบข้อมูลตามรายการข้างล่างนี้ของท่าน

[] สำเนาเอกสารแสดงตน [] แบบรายการแสดงตน (ตามแบบที่แนบมาทำหนังสือฉบับนี้)

ดังนั้น เพื่อปฏิบัติให้เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด บริษัทฯ จึงขอให้ท่านส่งสำเนาเอกสารแสดงตน และ/หรือแบบรายการแสดงตน (แล้วแต่กรณี) มายังบริษัทฯ โดยช่องทางใดช่องทางหนึ่ง ดังนี้ (โดยเขียนข้อความกำกับไว้ด้วยว่าเป็นเอกสารตามกฎหมายฟอกเงิน เพื่อการเอาประกันภัยหรือชำระค่าเบี้ยประกันภัยหรือรับค่าสินไหมทดแทน)

1. โทรสารหมายเลข : 0-2638-9010
2. e-mail address : kedsuda.p@allianzcp.com
3. ทางไปรษณีย์ถึง : บริษัท อลิอันซ์ ซี.พี. ประกันภัย จำกัด (มหาชน) , แผนกสินไหมทดแทน

ทั่วไป (Non-Motor Claims) เลขที่ 313 อาคาร ซี.พีทาวเวอร์ ชั้น 19 ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500

กรณีที่บริษัทฯ ไม่ได้รับเอกสารดังกล่าวหากเป็นกรณีแจ้งขอเอาประกันภัย บริษัทฯ อาจมีความจำเป็นต้องยกเลิกกรมธรรม์ของท่าน แต่หากเป็นกรณีอื่นบริษัทฯ อาจจำเป็นต้องระงับการทำรายการไว้จนกว่าจะมีการปฏิบัติให้เป็นตามที่สรุปมาข้างต้น

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่ออกโดยระบบคอมพิวเตอร์ ดังนั้น บริษัทฯ ต้องขออภัยหากท่านได้ส่งหลักฐานดังกล่าวก่อนที่จะได้รับหนังสือฉบับนี้ บริษัทฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะเข้าใจถึงเหตุผลและความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามกฎหมายดังกล่าวข้างต้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ
บริษัท อลิอันซ์ ซี.พี.ประกันภัย จำกัด
หน่วยงานตรวจสอบเอกสารลูกค้า

เอกสารที่ส่งมาด้วย :

(1) แบบรายการแสดงตน (ประเภทบุคคลธรรมดา)

แบบรายการแสดงตน (ประเภทบุคคลธรรมดา)

1. รายละเอียดผู้เอาประกันภัย

ชื่อ-นามสกุล นาย นาง นางสาว อื่นๆ

ชื่อ-นามสกุลภาษาอังกฤษ.....

วัน-เดือน-ปีเกิด..... เพศ. ชาย หญิง สัญชาติ.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... เลขหนังสือเดินทาง.....

ออกให้โดย.....วันที่ออกบัตร.....วันที่หมดอายุ.....

สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง สมรสไม่จดทะเบียน จำนวนบุตร.....คน

2. อาชีพ/แหล่งที่มาของรายได้

2.1 อาชีพ

<input type="checkbox"/> เกษตรกร	<input type="checkbox"/> ข้าราชการ	<input type="checkbox"/> ข้าราชการบำนาญ	<input type="checkbox"/> ครู/อาจารย์
<input type="checkbox"/> เจ้าของกิจการ	<input type="checkbox"/> ตำรวจ/ทหาร	<input type="checkbox"/> นักกฎหมาย	<input type="checkbox"/> นักคอมพิวเตอร์
<input type="checkbox"/> นักการเมือง	<input type="checkbox"/> นักบวช	<input type="checkbox"/> นักบัญชี	<input type="checkbox"/> นักเรียน/นักศึกษา
<input type="checkbox"/> พนักงานบริษัท	<input type="checkbox"/> พนักงานของรัฐ	<input type="checkbox"/> พนักงานรัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/> พ่อบ้าน/แม่บ้าน
<input type="checkbox"/> แพทย์/สัตวแพทย์	<input type="checkbox"/> รับจ้าง	<input type="checkbox"/> วิศวกร/สถาปนิก/มัณฑนากร	<input type="checkbox"/> ศิลปิน/นักแสดง
<input type="checkbox"/> บุคลากรทางการแพทย์	<input type="checkbox"/> อาชีพอิสระ	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ.....	

2.2 ตำแหน่ง

<input type="checkbox"/> ข้าราชการการเมืองระดับท้องถิ่น	<input type="checkbox"/> ข้าราชการการเมืองระดับประเทศ	<input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการภาครัฐ
<input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการภาคเอกชน	<input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่ระดับกลางภาครัฐ	<input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่ระดับกลางภาคเอกชน
<input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่อาวุโสภาครัฐ	<input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่อาวุโสภาคเอกชน	<input type="checkbox"/> ผู้บริหารระดับกลางภาครัฐ
<input type="checkbox"/> ผู้บริหารระดับกลางภาคเอกชน	<input type="checkbox"/> ผู้บริหารระดับกลางภาคเอกชน	<input type="checkbox"/> ผู้บริหารระดับสูงภาครัฐ
<input type="checkbox"/> ผู้บริหารระดับสูงภาครัฐ	<input type="checkbox"/> ผู้บริหารระดับสูงภาคเอกชน	<input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....

2.3 แหล่งที่มาของรายได้

เงินเดือน จำนวน.....บาท/เดือน รายได้อื่น ๆ จำนวน.....บาท/เดือน ระบุที่มา.....

3. ที่อยู่

3.1 ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สะดวกในการติดต่อ)

เลขที่.....อาคาร.....ชั้น.....ห้อง.....

หมู่ที่.....หมู่บ้าน.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

3.2 ที่อยู่ทำงาน

เลขที่.....อาคาร.....ชั้น.....ห้อง.....

หมู่ที่.....หมู่บ้าน.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

4. รายละเอียดการเอาประกันภัย

ประเภทการเอาประกันภัย.....

ผู้รับประโยชน์ที่แท้จริง นาย นาง นางสาว อื่นๆ

เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... เลขหนังสือเดินทาง.....

ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย (ระบุ)

ข้าพเจ้ารับรองว่า ข้อความที่ระบุในใบรายละเอียดแสดงตนนี้ถูกต้องเป็นจริงทุกประการ

หมายเหตุ แบบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
หรือสำเนาหนังสือเดินทาง

ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย.....
(.....)
วันที่.....