



กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ [] - []

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-นามสกุล [] เลขประจำตัวประชาชน []
โปรดระบุสถานที่ที่สะดวกในการติดต่อ ที่อยู่ปัจจุบัน สถานที่ทำงาน ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
[]
จังหวัด [] รหัสไปรษณีย์ []
โทรศัพท์ [] โทรศัพท์มือถือ []
อีเมล []
ชื่อ-นามสกุล คู่สมรส []

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับอาชีพ

พนักงานบริษัท ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ
 นักการเมือง เจ้าของกิจการ วิชาชีพอิสระ
 ค้าขาย เกษียณอายุ ไม่ได้ทำงานหรือไม่ได้ประกอบอาชีพ
 แพทย์หรือพยาบาล วิศวกรหรือสถาปนิก อื่นๆ โปรดระบุ []

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับประเภทธุรกิจ

สำนักงานกฎหมายหรือบัญชี ธุรกิจประกัน สถาบันการเงินหรือธนาคาร
 ธุรกิจอาหารและเครื่องดื่ม อสังหาริมทรัพย์ โฆษณา ศิลปะ บันเทิง
 ธุรกิจท่องเที่ยวและบริการ สื่อสารและโทรคมนาคม ธุรกิจค้าปลีกหรือการพนัน
 ผลิตอาวุธยุทโธปกรณ์ เครื่องประดับ อัญมณี วัตถุโบราณ อื่นๆ โปรดระบุ []

ส่วนที่ 4 ข้อมูลฐานะทางการเงินและแหล่งที่มาของรายได้

แหล่งที่มาของรายได้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 เงินเดือน, การดำเนินงานของกิจการ ค่าเช่า มรดก
 ดอกเบี้ย, เงินปันผล ค่าคอมมิชชั่น อื่นๆ โปรดระบุ []
รายได้รวมต่อปี น้อยกว่า 1 ล้านบาท 1-5 ล้านบาท
 5-10 ล้านบาท 10 ล้านบาท ขึ้นไป

ส่วนที่ 5 ข้อมูลอื่นๆ

วัตถุประสงค์ในการลงทุน

เพื่อใช้จ่ายหลังเกษียณอายุ เพื่อใช้เงินทุนการศึกษาของตนเองหรือนุคคลในครอบครัว
 เพื่อความมั่นคงของบุคคลในครอบครัว เพื่อซื้อสินทรัพย์อื่น เช่น บ้าน รถ ที่ดิน
 อื่นๆ โปรดระบุ []

บุคคลผู้มีอำนาจควบคุม/ตัดสินใจในทอดสุดท้ายเกี่ยวกับการทำธุรกรรม ตนเอง ผู้อื่น (โปรดระบุ)

ชื่อ-นามสกุล []
ที่อยู่ปัจจุบัน []
ความสัมพันธ์กับลูกค้า []

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ ทั้งนี้ หากมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลใดๆ ข้าพเจ้าจะแจ้งให้ทราบในทันที เพื่อแก้ไขข้อมูลให้ถูกต้องต่อไป

ลงชื่อ []
([])
ผู้เอาประกันภัย
วันที่ [] เดือน [] พ.ศ. []

ลงชื่อ []
([])
ผู้แทนโดยชอบธรรม / เจ้าของกรมธรรม์
วันที่ [] เดือน [] พ.ศ. []