



แบบแสดงข้อมูลผู้ถือหน่วยลงทุน

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ -

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-นามสกุล เลขประจำตัวประชาชน

โปรดระบุสถานที่ที่สะดวกในการติดต่อ ที่อยู่ปัจจุบัน สถานที่ทำงาน ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ

อีเมล

ชื่อ-นามสกุล คู่สมรส

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับอาชีพ

<input type="checkbox"/> พนักงานบริษัท	<input type="checkbox"/> ข้าราชการ	<input type="checkbox"/> พนักงานรัฐวิสาหกิจ
<input type="checkbox"/> นักการเมือง	<input type="checkbox"/> เจ้าของกิจการ	<input type="checkbox"/> วิชาชีพอิสระ
<input type="checkbox"/> ค้าขาย	<input type="checkbox"/> เกษียณอายุ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำงานหรือไม่ได้ประกอบอาชีพ
<input type="checkbox"/> แพทย์หรือพยาบาล	<input type="checkbox"/> วิศวกรหรือสถาปนิก	<input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ <input type="text"/>

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับประเภทธุรกิจ

<input type="checkbox"/> สำนักงานกฎหมายหรือบัญชี	<input type="checkbox"/> ธุรกิจประกัน	<input type="checkbox"/> สถาบันการเงินหรือธนาคาร
<input type="checkbox"/> ธุรกิจอาหารและเครื่องดื่ม	<input type="checkbox"/> อสังหาริมทรัพย์	<input type="checkbox"/> โฆษณา ศิลปะ บ้านเท็ง
<input type="checkbox"/> ธุรกิจท่องเที่ยวและบริการ	<input type="checkbox"/> สื่อสารและโทรคมนาคม	<input type="checkbox"/> ธุรกิจคาลิโนหรือการพนัน
<input type="checkbox"/> ผลิตอาวุธยุทโธปกรณ์	<input type="checkbox"/> เครื่องประดับ อัญมณี วัตถุโบราณ	<input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ <input type="text"/>

ส่วนที่ 4 ข้อมูลฐานะทางการเงินและแหล่งที่มาของรายได้

แหล่งที่มาของรายได้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> เงินเดือน, การดำเนินงานของกิจการ	<input type="checkbox"/> ค่าเช่า	<input type="checkbox"/> มรดก
<input type="checkbox"/> ดอกเบี้ย, เงินปันผล	<input type="checkbox"/> ค่าคอมมิชชั่น	<input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ <input type="text"/>

รายได้รวมต่อปี

<input type="checkbox"/> น้อยกว่า 1 ล้านบาท	<input type="checkbox"/> 1-5 ล้านบาท
<input type="checkbox"/> 5-10 ล้านบาท	<input type="checkbox"/> 10 ล้านบาท ขึ้นไป

ส่วนที่ 5 ข้อมูลอื่นๆ

วัตถุประสงค์ในการลงทุน

<input type="checkbox"/> เพื่อใช้จ่ายหลังเกษียณอายุ	<input type="checkbox"/> เพื่อใช้เป็นทุนการศึกษาของตนเองหรือบุคคลในครอบครัว
<input type="checkbox"/> เพื่อความมั่นคงของบุคคลในครอบครัว	<input type="checkbox"/> เพื่อซื้อสินทรัพย์อื่น เช่น บ้าน รถ ที่ดิน

อื่นๆ โปรดระบุ

บุคคลผู้มีอำนาจควบคุม/ตัดสินใจในที่สุดสุดท้ายเกี่ยวกับการทำธุรกรรม ตนเอง ผู้อื่น (โปรดระบุ)

ชื่อ-นามสกุล

ที่อยู่ปัจจุบัน

ความสัมพันธ์กับลูกค้า

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ ทั้งนี้ หากมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลใดๆ ข้าพเจ้าจะแจ้งให้ทราบในทันที เพื่อแก้ไขข้อมูลให้ถูกต้องต่อไป

ลงชื่อ <input type="text"/>	ลงชื่อ <input type="text"/>
(<input type="text"/>)	(<input type="text"/>)
ผู้เอาประกันภัย	ผู้แทนโดยชอบธรรม / เจ้าของกรมธรรม์
วันที่ <input type="text"/> เดือน <input type="text"/> พ.ศ. <input type="text"/>	วันที่ <input type="text"/> เดือน <input type="text"/> พ.ศ. <input type="text"/>