



แบบรายการแสดงตน – ประเภทบุคคลธรรมดา

(ตามข้อกำหนดของสำนักงาน ป.ป.ง. อ้างถึงกฎกระทรวง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการตรวจสอบเพื่อทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับลูกค้า พ.ศ.2555)

1. รายละเอียดผู้เอาประกันภัย

ชื่อ-นามสกุล นาย นาง นางสาว อื่นๆ

ชื่อ-นามสกุลภาษาอังกฤษ.....

วัน-เดือน-ปีเกิด.....พ.ศ. 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.....

2.3 แหล่งที่มาของรายได้

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

3. ที่อยู่

3.1 ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สะดวกในการติดต่อ).....

โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....Email Address.....

3.2 ที่อยู่ทำงาน.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....Email Address.....

4. รายละเอียดการเอาประกันภัย ประเภทการเอาประกันภัย.....

ผู้รับประโยชน์ที่แท้จริง นาย นาง นางสาว อื่นๆ

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

ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย (ระบุ)

5. กรณีประกันภัยรถยนต์และมีการระบุชื่อผู้ขับขี่ในกรมธรรม์ (ถ้ามี) โดยระบุรายละเอียดของผู้ขับขี่ ดังนี้

ชื่อ-นามสกุล เลขที่บัตรประชาชน วัน-เดือน-ปีเกิด อายุ อาชีพ

5.1

5.2

ข้าพเจ้ารับรองว่า ข้อความที่ระบุในใบรายละเอียดแสดงตนนี้ถูกต้องเป็นจริงทุกประการ

ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย.....

()

วันที่.....

หมายเหตุ แบบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาหนังสือเดินทาง พร้อมลงนามและรับรองสำเนาถูกต้อง