

แบบแสดงรายการแสดงตน / Identification Form (Personal)

1. รายละเอียดผู้เอาประกันภัย / Insured's Detail

ชื่อ-นามสกุล/ Name-Surname In Thai : นาย/Mr. นาง/Mrs. Ms./นางสาว Other/อื่น ๆ.....

ชื่อ-นามสกุล/ Name-Surname In English :

วันเดือนปีเกิด/ Birth Date -- เพศ/Gender ชาย/Male หญิง/Female สัญชาติ/Nationality.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน/Citizen ID เลขที่หนังสือเดินทาง/ Passport number.....

ออกให้โดย/ Issue by..... วันที่ออกบัตร/Issue date..... วันหมดอายุ/Expiry.....

สถานภาพ/ Marital Status โสด/Single สมรส/Married หม้าย/Widow หย่าร้าง/Divorced สมรสไม่จดทะเบียน/Unregistered marriage

จำนวนบุตร /No of children..... คน

2. อาชีพ/Occupation

<input type="checkbox"/> เกษตรกร /Farmer	<input type="checkbox"/> ข้าราชการ /Government Servant	<input type="checkbox"/> ข้าราชการบำนาญ /Retired Govt. Servant	<input type="checkbox"/> ครู/อาจารย์ /Teacher
<input type="checkbox"/> เจ้าของกิจการ /Business Owner	<input type="checkbox"/> ตำรวจ/ทหาร /Police/Soldier	<input type="checkbox"/> นักกฎหมาย /Lawyer	<input type="checkbox"/> นักคอมพิวเตอร์ /Computer
<input type="checkbox"/> นักการเมือง /Politician	<input type="checkbox"/> นักบวช /Priest	<input type="checkbox"/> นักบัญชี /Accountant	<input type="checkbox"/> นักเรียน/นักศึกษา /Student
<input type="checkbox"/> พนักงานบริษัท /Company Employee	<input type="checkbox"/> พนักงานของรัฐ /Government/Enterprise employee	<input type="checkbox"/> พนักงานรัฐวิสาหกิจ /State Enterprises employee	<input type="checkbox"/> พ่อบ้าน/แม่บ้าน /Housewife
<input type="checkbox"/> แพทย์/สัตวแพทย์ /Doctor/Veterinary	<input type="checkbox"/> รับจ้าง /Employee	<input type="checkbox"/> วิศวกร/สถาปนิก/มัณฑนากร /Engineer/Architect/Decorator	<input type="checkbox"/> ศิลปิน/นักแสดง /Artist/Actor
<input type="checkbox"/> บุคลากรทางการแพทย์ /Medical Personal	<input type="checkbox"/> อาชีพอิสระ /Freelance	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ /Other please specify.....	

3. ตำแหน่ง/Position

<input type="checkbox"/> ข้าราชการการเมืองระดับท้องถิ่น /Locality Political Official	<input type="checkbox"/> ข้าราชการการเมืองระดับประเทศ /Country Political Official	<input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการภาครัฐ /Government Operation Officer
<input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการภาคเอกชน /Company Operation Officer	<input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่ระดับล่างภาครัฐ /Junior Government Officer	<input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่ระดับล่างภาคเอกชน /Junior Company Officer
<input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่อาวุโสภาครัฐ /Senior Government Officer	<input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่อาวุโสภาคเอกชน /Senior Company Officer	<input type="checkbox"/> ผู้บริหารระดับล่างภาครัฐ /Government Management
<input type="checkbox"/> ผู้บริหารระดับล่างภาคเอกชน /Company Management	<input type="checkbox"/> ผู้บริหารระดับกลางภาคเอกชน /Company Management - Middle Level	<input type="checkbox"/> ผู้บริหารระดับสูงภาคเอกชน /Company Executive Management
<input type="checkbox"/> ผู้บริหารระดับกลางภาครัฐ /Government Executive Management - Middle Level	<input type="checkbox"/> ผู้บริหารระดับสูงภาครัฐ /Government Executive Management	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ) /Other please specify.....

4. แหล่งที่มาของรายได้/Source of Income

เงินเดือน/.....บาท/เดือน
Salary THB/Month

รายได้อื่น ๆบาท/เดือน
Other income THB/Month

แหล่งที่มา/Source of income

แบบแสดงรายการแสดงตน / Identification Form (Personal)

5. ที่อยู่/Contact Address

เลขที่/No.....อาคาร/Building.....ชั้น/Floor.....ห้อง/Room.....หมู่/Moo.....
หมู่บ้าน/Village..... ซอย/Soi..... ถนน/Road.....
ตำบล/แขวง/Tambol/Sub-district.....อำเภอ/เขต/Khet/District.....จังหวัด/Province.....
รหัสไปรษณีย์/Postal Code.....โทรศัพท์บ้าน/Telephone.....มือถือ/MobilePhone.....

6. ที่อยู่ทำงาน/Office Address

เลขที่/No.....อาคาร/Building.....ชั้น/Floor.....ห้อง/Room.....หมู่/Moo.....
หมู่บ้าน/Village..... ซอย/Soi..... ถนน/Road.....
ตำบล/แขวง/Tambol/Sub-district.....อำเภอ/เขต/Khet/District.....จังหวัด/Province.....
รหัสไปรษณีย์/Postal Code.....โทรศัพท์บ้าน/Telephone.....แฟกซ์/Fax.....

7. รายละเอียดการเอาประกันภัย/Insurance Detail

ประเภทการเอาประกันภัย/ Type of insurance.....
ผู้รับผลประโยชน์แท้จริง/Real Beneficiary นาย /Mr. นาง/Mrs. นางสาว/Ms. อื่น ๆ/Other.....
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน/ Citizen ID..... เลขหนังสือเดินทาง/Passport No.....
ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย (ระบุ)/ Relationship with insured (please identify).....

8. รายละเอียดเพิ่มเติม(ถ้ามี)/More information (if any)

.....
.....
.....

ข้าพเจ้ารับรองว่าข้อความที่ระบุในใบรายละเอียดแสดงตนนี้ถูกต้องเป็นจริงทุกประการ/
I certified accurate and true on the statement given in identification from above

ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

insured Signature

()

วันที่/Date.....

หมายเหตุ/Remark

แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/ใบขับขี่/บัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่รัฐ กรณีต่างชาติ สำเนาหนังสือเดินทาง/บัตรประจำตัวคนต่างด้าว

/Please attach copy of citizen ID or passport