

บริษัท เอ ดีบีแอล พี เซอร์วิสเซส (ประเทศไทย) จำกัด
1091/335 ชั้น 7 อาคารซีทีสิงค์
ซอยเพชรบุรี 35 ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงมักกะสัน เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 ประเทศไทย
โทร. +66 (0) 2 342 3237 แฟกซ์ +66 (0) 2 305 8523
อีเมล claim-TH@allianz.com

กรุณากรอกข้อมูลในส่วน 1, 2, 3 และส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องให้สมบูรณ์ และส่งคืนมายังบริษัทฯ พร้อมหลักฐานการเรียกร้องสินไหม แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมหนึ่งใบสำหรับผู้เอาประกันภัยหนึ่งราย

กรุณาเก็บสำเนาเอกสารทั้งหมดที่ส่งคืนมายังบริษัทฯ เพื่อเป็นหลักฐาน

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหม

เลขที่เรียกร้องสินไหม:

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

หมายเหตุ: ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายใดๆ ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานเรียกร้องสินไหมทดแทน เพื่อให้เอกสารการเรียกร้องสินไหมนี้สมบูรณ์ ตลอดจนหลักฐานประกอบอื่นๆ

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่สามารถให้เอกสารตามที่ระบุไว้ นั้น ทางบริษัทมีสิทธิปฏิเสธเนื่องจากเอกสารไม่ครบถ้วน

ส่วนที่ 1 รายละเอียดลูกค้าและการเดินทาง (กรุณากรอกข้อมูลทุกกรณี)

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

อุปกรณ์ก่อสร้าง

สัมภาระสูญหาย / เสียหาย หรือของพกส่วนตัว

การยกเลิกหรือการตัดทอนการเดินทาง

กรณีเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุ

การเดินทางล่าช้า / พลาดการต่อเที่ยวบิน

สัมภาระล่าช้า

กรณีเรียกร้องค่าทดแทนอื่นๆ

กรุณาแนบเอกสารหลักฐานมาพร้อมกับแบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมเพื่อให้การพิจารณาสินไหมเป็นไปอย่างรวดเร็ว และทำเครื่องหมายกากบาทหน้าข้อที่เหมาะสม

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

ส่วน 2 รายละเอียดการเรียกร้องสินไหม

A: การเรียกร้องสินไหมอันเนื่องมาจากการเดินทางล่าช้า/พลาดการต่อเที่ยวบิน

เพื่อให้การเรียกร้องสินไหมของท่านเป็นไปอย่างรวดเร็ว กรุณากรอกข้อมูลในส่วน 1, 2.A และ 3 ให้ครบถ้วนและส่งคืนพร้อมเอกสารหลักฐานที่ระบุไว้ในตอนท้าย

กรุณายืนยันวันที่ เวลา และจุดหมายการเดินทางที่ท่านกำหนดจะไปถึงหรือเพื่อต่อเที่ยวบิน

วัน : เวลา : จุดหมายการเดินทาง :

กรุณายืนยันวันที่ เวลาที่ท่านเดินทางไปถึงตามจริงหรือเวลาที่ออกเดินทางต่อ

วัน : เวลา :

กรุณายืนยันเวลาทั้งหมดที่ล่าช้าถึงมาถึงและออกเดินทาง

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 :

กรุณาระบุรายละเอียดการสูญหาย ความเสียหาย หรือการโจรกรรมสัมภาระ: เงิน หรือเอกสาร (เช่น หนังสือเดินทาง) ท่านสามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ในกระดาษ และแนบมาพร้อมกับแบบฟอร์ม

รายละเอียด (รวมถึงสถานที่เกิดเหตุ ถ้าเป็นเงิน กรุณาระบุสกุลเงิน)	เจ้าของ	ราคาที่ซื้อ (กรุณาระบุ สกุลเงิน)	วันที่และสถานที่ ซื้อ (กรุณาระบุ ถ้าท่านไม่ได้เป็น เจ้าของ)	วิธีการชำระเงิน (เช่น บัตร เครดิต)	จำนวนเงิน ที่เรียกร้อง สินไหม (โปรด ระบุสกุลเงิน)

C. การเรียกร้องสินไหมอันเนื่องมาจากสัมภาระล่าช้า

เพื่อให้การเรียกร้องสินไหมของท่านเป็นไปอย่างรวดเร็ว กรุณากรอกข้อมูลในส่วน 1, 2.C และ 3 ให้ครบถ้วนและส่งคืนพร้อมเอกสารหลักฐานที่ระบุไว้ในตอนท้าย

กรุณาระบุวันที่และเวลาที่ท่านเดินทางไปถึงจุดหมายปลายทาง

วัน : เวลา : เที่ยวบิน :

สาเหตุที่สัมภาระล่าช้า :

ท่านเคยได้รับการชดเชยจากบริษัทตัวแทนการท่องเที่ยวหรือหน่วยงานอื่นๆ หรือไม่ ใช่ ไม่ใช่

ถ้าเคย กรุณาระบุรายละเอียด

D. การเรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาล หรือการตัดทอนการเดินทาง

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

กรุณาระบุสถานที่ที่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย :

วันที่ : ประเทศ :

กรุณาระบุสาเหตุของการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย ถ้าเป็นการเรียกร้องสินไหมเนื่องจากการตัดทอนการเดินทาง กรุณาระบุเหตุผล :

ประเภทของการรักษาพยาบาล :

ชื่อและที่อยู่ของโรงพยาบาล / คลินิก :

ชื่อแพทย์ที่ทำการรักษา :

วันที่เข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือวันที่ได้รับการรักษา :

อาการบาดเจ็บหรือป่วยไข้นี้เคยเกิดขึ้นมาก่อนหรือไม่ : ใช่ ไม่

กรุณาระบุรายละเอียดของประกันสุขภาพ ซึ่งท่านมี (เช่น ประกันสุขภาพส่วนบุคคล ประกันกลุ่มของบริษัท) :

กรุณาระบุรายละเอียดค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดที่ท่านต้องการเรียกร้อง (ท่านสามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ในกระดาษ และแนบมาพร้อมกับแบบฟอร์ม)

ประเภทค่ารักษาพยาบาล (เช่น ค่าแพทย์)	ชื่อโรงพยาบาล / แพทย์	สกุลเงิน และจำนวนเงินที่ได้ชำระ
จำนวนเงินทั้งหมดที่จะเรียกร้องสินไหม		

กรุณาระบุรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และคำแนะนำจากแพทย์ทั้งหมดที่ได้รับในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา

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

ปัจจุบัน คุณอยู่ระหว่างการรักษาพยาบาล หรือรับประทานยาหรือไม่ ? ใช่ ไม่

ถ้าใช่ กรุณาระบุรายละเอียดการักษาพยาบาลหรือรับประทานยาในปัจจุบัน :

E. การเรียกร้องสินไหมการยกเลิกการเดินทาง

เพื่อให้การเรียกร้องสินไหมของท่านเป็นไปอย่างรวดเร็ว กรุณากรอกข้อมูลในส่วน 1, 2.E และ 3 ให้ครบถ้วนและส่งคืนพร้อมเอกสารหลักฐานที่ระบุไว้ในตอนท้าย

1. กรุณาระบุวันที่ท่านตัดสินใจได้รับและให้ยกเลิกการเดินทาง :

วัน : เดือน : ปี :

2. กรุณาระบุวันที่ท่านแจ้งยกเลิกการเดินทางตัดสินใจได้รับและให้ยกเลิกการเดินทางแก่บริษัทท่องเที่ยว :

วัน : เดือน : ปี :

ถ้าวันที่ในข้อ 1 และข้อ 2 แตกต่างกัน กรุณาอธิบาย :

กรุณาระบุรายละเอียดที่ชัดเจนเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้ท่านยกเลิกการเดินทาง :

F. การเรียกร้องสินไหมอื่น

เพื่อให้การเรียกร้องสินไหมของท่านเป็นไปอย่างรวดเร็ว กรุณากรอกข้อมูล ให้ครบถ้วนและส่งคืนพร้อมเอกสารหลักฐานที่ระบุไว้ในตอนท้าย

กรุณาระบุรายละเอียดมากที่สุดที่จะแจ้งได้เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและต้องการเรียกร้องค่าสินไหม (ท่านสามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ในกระดาษแนบเพิ่ม)

สิ่งที่ท่านต้องการเรียกร้องค่าสินไหมตรงกับความต้องการในส่วนใดของกรมธรรม์ ?

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: <input type="checkbox"/> yes Date: <input type="checkbox"/> no
Home medication (if discharged):
Travel recommendation (fit to fly with or without escort, required assistances):
Permit to travel: <input type="checkbox"/> Fit to fly date: <input type="checkbox"/> Unfit to fly
Need escort: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Nurse <input type="checkbox"/> Non-medical escort <input type="checkbox"/> No escort
Need wheelchair assistance: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> WCHR <input type="checkbox"/> WCHS <input type="checkbox"/> WCHC <input type="checkbox"/> No
Need oxygen supplement: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/> Continuous <input type="checkbox"/> LPM <input type="checkbox"/> No
Need stretcher: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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

กรุณาระบุวิธีการจ่ายสินไหมที่ท่านต้องการ

ผ่านธนาคารของท่าน

ชื่อธนาคาร :

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 AWP Services (Thailand) Co., Ltd. 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 AWP Services (Thailand) Co., Ltd. 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 หรือผู้รับค่าสินไหมทดแทนเป็นอีกบุคคลหรือนิติบุคคลหนึ่งที่มีใช้ผู้เอาประกันภัย 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 : 0-2638-9040
2. e-mail address : cus_validate@allianz.co.th
3. ทางไปรษณีย์ถึง : หน่วยงานตรวจสอบเอกสารลูกค้า (Customer Validation) เลขที่ 898

อาคารเพลินจิตทาวเวอร์ ชั้น 1 โซน B ชั้น 7 โซน B ชั้น 8 โซน A และ B ชั้น 9 โซน A2 และ B2 ชั้น 18 โซน A ถนนเพลินจิต แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

กรณีที่บริษัทฯ ไม่ได้รับเอกสารดังกล่าวหากเป็นกรณีแจ้งขอเอาประกันภัย บริษัทฯ อาจมีความจำเป็นต้องยกเลิกกรมธรรม์ของท่าน แต่หากเป็นกรณีอื่นบริษัทฯ อาจจำเป็นต้องระงับการทำรายการไว้จนกว่าจะมีการปฏิบัติให้เป็นตามที่สรุปมาข้างต้น

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่ออกโดยระบบคอมพิวเตอร์ ดังนั้น บริษัทฯ ต้องขออภัยหากท่านได้ส่งหลักฐาน ดังกล่าว ก่อนที่จะได้รับหนังสือฉบับนี้ บริษัทฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะเข้าใจถึงเหตุผลและความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามกฎหมายดังกล่าวข้างต้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

บริษัท อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน)
หน่วยงานตรวจสอบเอกสารลูกค้า

เอกสารที่ส่งมาด้วย :

- (1) แบบรายการแสดงตน (ประเภทบุคคลธรรมดา)
- (2) แบบรายการแสดงตน (ประเภทนิติบุคคล)

แบบรายการแสดงตน (ประเภทบุคคลธรรมดา) (Customer Identification Form for Natural Person)

โปรดกรอกข้อมูลและส่งคืนบริษัท หากท่านไม่เคยให้ข้อมูลมาก่อน หรือในกรณีที่ท่านเคยให้ข้อมูลแล้วแต่มีการเปลี่ยนแปลงแก้ไขข้อมูล

Please fill in the form and submit to the company, using for the client who have never completed the form before, or any given information has been changed.

1. รายละเอียดผู้เอาประกันภัย (Insured's Personal Information)

ชื่อ-นามสกุล (Name-Surname) นาย (Mr.) นาง (Mrs.) นางสาว (Miss) อื่นๆ (Other)
ชื่อ-นามสกุลภาษาอังกฤษ (Name-Surname in English).....
วัน-เดือน-ปีเกิด (Date of Birth) เพศ (Gender) ชาย (Male) หญิง (Female) สัญชาติ (Nationality)
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน (ID Card No.) เลขหนังสือเดินทาง (Passport No.)
ออกให้โดย (Issued by) วันที่ออกบัตร (Date of Issue) วันที่หมดอายุ (Date of Expiry).....
สถานภาพ (Marital Status) โสด (Single) สมรส (Married) หม้าย (Widow) หย่าร้าง (Divorced) สมรสไม่จดทะเบียน (Cohabit)
จำนวนบุตร (No. of children) คน (person)

2. อาชีพ/แหล่งที่มาของรายได้ (Occupation/Earnings)

2.1 อาชีพ (Occupation)

เกษตรกร (Agriculturist) ข้าราชการ (Government Officer) ข้าราชการบำนาญ (Retired Government Officer) ครู/อาจารย์ (Teacher)
 เจ้าของกิจการ (Business Owner) ตำรวจ/ทหาร (Police/Soldier) นักกฎหมาย (Lawyer) นักคอมพิวเตอร์ (Programmer)
 นักการเมือง (Politician) นักบวช (Priest) นักบัญชี (Accountant) นักเรียน/นักศึกษา (Student)
 พนักงานบริษัท (Employee) พนักงานของรัฐ (Government Employee) พนักงานรัฐวิสาหกิจ (State Enterprise Employee) พ่อบ้านแม่บ้าน (House Warden/Housemaid)
 แพทย์/สัตวแพทย์ (Doctor/Veterinarian) รับจ้าง (Contractor) วิศวกร/สถาปนิก/มัณฑนากร (Engineer/Architect/Interior Designer) ศิลปินนักแสดง (Artist / Actor)
 บุคลากรทางการแพทย์ (Medical Profession) อาชีพอิสระ (Freelance)
 ค้าอัญมณี เพชรพลอย ทองคำ หรือเครื่องประดับที่ประดับด้วยอัญมณี เพชรพลอยหรือทองคำ
(Trading of precious stones, diamonds, gems, gold, or ornaments decorated with precious stones, diamonds, gems, or gold)
 ค้าของเก่า (Trading in antiques under the law governing selling by auction and trading in antiques)
 รับแลกเปลี่ยนเงินตรา (Exchange of currency, both natural and legal person)
 ให้บริการโอนและรับโอนมูลค่าเงินทั้งภายในประเทศและข้ามประเทศ (Funds or Value Transfer service, domestic or cross-border, that is not a financial institution.)
 ธุรกิจคาสีโน บ่อนการพนัน (Casino or Gambling house business) ธุรกิจสถานบริการ (Entertainment facility under the law governing entertainment facility)
 ค้าอาวุธยุทโธปกรณ์ (Trading in arms and ammunition (armament))
 จัดหางาน ซึ่งเกี่ยวข้องกับการรับคนเข้ามาทำงานจากต่างประเทศหรือส่งคนไปทำงานในต่างประเทศ
(Employment agent, which is related to accepting foreigner to work in the Kingdom or sending Thai national to work in foreign country)
 ธุรกิจนำเที่ยว บริษัททัวร์ (Travel or Tour agent.) อื่น ๆ โปรดระบุ (Other, please specify).....

2.2 ตำแหน่ง (Position)

ข้าราชการการเมืองระดับท้องถิ่น (Local Political Official) ข้าราชการการเมืองระดับประเทศ (National Political Official) เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการภาครัฐ (Public Operators)
 เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการภาคเอกชน (Private Operator) เจ้าหน้าที่ระดับกลางภาครัฐ (Lower-level Public Officer) เจ้าหน้าที่ระดับกลางภาคเอกชน (Lower-level Private Officer)
 เจ้าหน้าที่อาวุโสภาครัฐ (Senior Public Officer) เจ้าหน้าที่อาวุโสภาคเอกชน (Senior Private Officer) ผู้บริหารระดับกลางภาครัฐ (Lower-level Public Executive Management)
 ผู้บริหารระดับกลางภาคเอกชน (Lower-level Private Executive Management) ผู้บริหารระดับกลางภาครัฐ (Middle-level Public Executive Management)
 ผู้บริหารระดับสูงภาคเอกชน (Top-level Private Executive Management) ผู้บริหารระดับสูงภาครัฐ (Middle-level Public Executive Management)
 ผู้บริหารระดับสูงภาครัฐ (Top-level Public Executive Management) อื่นๆ (Other) (ระบุ)(Please specify)

2.3 แหล่งที่มาของรายได้ (Sources of Income)

เงินเดือน (Salary) บาท/เดือน (Baht/month) รายได้อื่น ๆ (Other income) จำนวน บาท/เดือน (Baht/month)
ระบุที่มา (Please specify source of income)

ขอรับรองว่าแหล่งที่มาของรายได้ (อยู่ ไม่อยู่) ในพื้นที่หรือประเทศที่ไม่มีการใช้หรือประยุกต์ใช้มาตรฐานสากลด้านการป้องกันปราบปรามการฟอกเงินและการต่อต้านการ
สนับสนุนทางการเงินแก่การก่อการร้ายอย่างเพียงพอหรือพื้นที่หรือประเทศที่มีความเสี่ยงสูงด้านการฟอกเงินและการสนับสนุนทางการเงินแก่การก่อการร้าย,พื้นที่ที่อยู่ภายใต้ประกาศ
สถานการณ์ฉุกเฉิน,พื้นที่ที่สำนักงาน ป.ป.ช.พิจารณาให้เป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงด้านการฟอกเงินหรือการสนับสนุนทางการเงินแก่การก่อการร้ายหรือการกระทำผิดมูลฐาน
(Hereby certify that the sources of income (are are not) come from The areas or Jurisdictions listed in the Financial Action Task Force's Public Statement
as not apply or not sufficiently apply International Standards in Anti-Money Laundering and Combating the Financing of Terrorism as areas or jurisdictions
having high risk in money laundering and terrorism financing , The area under State of Emergency Notification under emergency law on government administration
under state of emergency , The area prescribed by the Anti-Money Laundering Office as high money laundering and terrorism financing risk areas, which will be
specifically prescribed only in case where there is situation causing high risk)

3. ที่อยู่ (Address)

3.1 ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สะดวกในการติดต่อ) (Current Address (where is convenient to contact))

เลขที่ (House No.) อาคาร (Building) ชั้น (Floor)..... ห้อง (Room)
หมู่ที่ (Moo)..... หมู่บ้าน (Village) ซอย (Soi) ถนน (Road)
ตำบล/แขวง (Sub-district) อำเภอ/เขต (District) จังหวัด (Province)
รหัสไปรษณีย์ (Postal Code) โทรศัพท์บ้าน (Phone) โทรศัพท์มือถือ (Mobile)

3.2 ที่อยู่ทำงาน (Working Place)

เลขที่ (No.) อาคาร (Building) ชั้น (Floor) ห้อง (Room)
หมู่ที่ (Moo)..... หมู่บ้าน (Village)..... ซอย (Soi) ถนน (Road)
ตำบล/แขวง (Sub-district) อำเภอ/เขต (District) จังหวัด (Province)
รหัสไปรษณีย์ (Postal Code)..... โทรศัพท์ (Phone)..... โทรสาร (Fax).....

4. รายละเอียดการเอาประกันภัย (Details of Insurance)

ประเภทการเอาประกันภัย (Type of Insurance)

ผู้รับประโยชน์แท้จริง (Real Beneficiary) นาย (Mr.) นาง (Mrs.) นางสาว (Miss) อื่นๆ (Other)
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน (ID Card No.) เลขหนังสือเดินทาง (Passport No.).....

ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย (Relationship with the Insured) (ระบุ) (Please specify)

ข้าพเจ้ารับรองว่า ข้อมูลที่ระบุในใบรายละเอียดแสดงตนนี้ถูกต้องเป็นจริงทุกประการ (I hereby certify that the above statements are true and correct in every respect.)

หมายเหตุ: แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ภายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

หรือสำเนาหนังสือเดินทาง The insured's signature ()

(Remark: Please attach copy of ID card or passport.) วันที่ (Date)

หากท่านมีข้อสงสัยประการใดโปรดติดต่อฝ่าย Customer Validation & Intermediary Admin โทร. 0-2638-9136, 0-2638-9226