แบบฟอร์มสอบถามข้อมูลก่อนทำประกัน

ชื่อบริษัทภาษาไทย ..... ชื่อบริษัทภาษาอังกฤษ.....

ลักษณะธุรกิจ.....โทรศัพท์..... โทรสาร .....

ผู้ติดต่อ.....ตำแหน่ง .....

ลำดับที่	คำนำหน้า	ชื่อ	นามสกุล	วัน/เดือน/ปี เกิด	เพศ	เลขที่บัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ	เงินเดือน	ทุนประกัน

<u>หมายเหตุ</u>

ฝ่ายประกันกลุ่ม ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาอัตราเบี้ยประกันหรือขอข้อมูลเพิ่มเติมแล้วแต่กรณี