

แบบฟอร์มการตรวจสอบข้อมูลยืนยันตัวตน สำหรับผู้รับประโยชน์

(ช่องทางตัวแทนและที่ปรึกษาทางการเงิน)

วันที่.....

ชื่อตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต	รหัสตัวแทน
หน่วย	
ชื่อผู้รับประโยชน์	บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่
วัน/เดือน/ปี ที่เกิด	หมายเลขโทรศัพท์
อาชีพ	
ที่อยู่ปัจจุบัน	
.....	
ที่อยู่ทำงาน	

ข้าพเจ้าซึ่งเป็นตัวแทนประกันชีวิต / นายหน้าประกันชีวิต ผู้บริการหรือดูแลกรมธรรม์เลขที่ ขอยืนยันว่า

1. ข้าพเจ้าได้พบกับผู้รับประโยชน์ด้วยตนเอง

☐ ใช่

☐ ไม่ใช่ (ต้องแนบรูปถ่าย selfie ของผู้ขอเอาประกันภัยคู่กับบัตรประจำตัวประชาชนด้วย)

2. ข้าพเจ้าได้ผ่านการอบรมหลักสูตรตามกฎหมายป้องกันและปราบปรามการฟอกเงินแล้ว

3. ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบหลักฐานและข้อมูลแล้ว ผู้รับประโยชน์เป็นเจ้าของข้อมูลและหรือเอกสารแสดงตนผู้มาทำธุรกรรมจริง

จึงลงลายมือชื่อไว้เพื่อเป็นหลักฐาน

ลงชื่อ ตัวแทนประกันชีวิต/

นายหน้าประกันชีวิต

(.....) ตัวบรรจง

หมายเลขโทรศัพท์