



เมืองไทยประกันชีวิต

MUANG THAI LIFE ASSURANCE

บมจ. เมืองไทยประกันชีวิต
250 ถนนรัชดาภิเษก แขวงรัชดาภิเษก เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10310
Muang Thai Life Assurance PCL
250 Rachadaphisek Rd. Huaykwang, Bangkok 10310
ทะเบียนเลขที่: 0107555000406
☎ +66 (0) 2274 9400, +66 (0) 2276 1025 📠 +66 (0) 2276 1997-8
🌐 muangthai.co.th

**แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนของสมาชิกผู้เอาประกันภัยกลุ่ม
สำหรับกรณีที่มีมูลค่าสินไหมทดแทนตั้งแต่ 100,000 บาทขึ้นไป/**

Claim Request Form for Group Insurance Member Whose Claim Is 100,000 THB and Over.

โปรดระบุรายละเอียดทุกข้อ พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนาหนังสือเดินทาง ที่ไม่ขาดอายุ ณ วันที่ลงในแบบฟอร์มฉบับนี้ และลงนามรับรองสำเนาถูกต้องด้วย/ Please specify all details and attach a certified true copy of ID card or a certified true copy of passport which is valid on the date indicated in this form.

(หมายเหตุ/ Remark: ในกรณีที่ท่านไม่มีข้อมูลใด กรุณาใส่เครื่องหมาย " - " / If the information is not applicable, please write " - ")

1. ชื่อ-นามสกุล/ Name-Surname.....สัญชาติ/ Nationality.....

2. เกิดวันที่/ Date of Birth.....เดือน/ Month.....พ.ศ./ B.E. อาชีพ/ Occupation.....

3. เลขประจำตัวประชาชน/ ID Card No.....วันหมดอายุ/ Expiry Date.....

เลขหนังสือเดินทาง/ Passport No.....วันหมดอายุ/ Expiry Date.....

4. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่/ House Registration Address.....หมู่บ้าน/ อาคาร/ Village/ Building.....

หมู่ที่/ Moo.....ซอย/ Soi.....แขวง/ Sub District.....

เขต/ District.....จังหวัด/ Province.....รหัสไปรษณีย์/ Postal Code.....

5. ที่อยู่ ในประเทศเจ้าของสัญชาติ (สำหรับกรณีเป็นบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทย)/ Residential Address in the Country of Nationality

(in case of non-Thai Nationality) บ้านเลขที่/ Building Number.....ถนน/ Road.....

ตำบล/ อำเภอ/ City/ Town.....รัฐ/ จังหวัด/ State/ Province.....

รหัสไปรษณีย์/ Postal Code.....ประเทศ/ Country.....

6. ที่อยู่ปัจจุบัน/ Present Address เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน/ House Registration Address

อื่นๆ โปรดระบุ/ Others, please specify.....

7. ข้อมูลการติดต่อ/ Contact Information (กรุณาระบุข้อมูลอย่างน้อย 1 ข้อมูล/ Please specify at least one item.)

โทรศัพท์มือถือ/ Mobile Phone.....อีเมล/ E-mail Address.....

โทรศัพท์บ้าน/ Tel.....โทรศัพท์ที่ทำงาน/ Business Tel.....

ลงชื่อ/ Signature.....สมาชิกผู้เอาประกันภัยกลุ่ม/ Group Insurance Member

(.....) วันที่/ Date.....เดือน/ Month.....พ.ศ./ B.E.....