

ป.1 ป.2+ One Lite อื่นๆ

เลขที่กรมธรรม์ พ.ร.บ.				เลขที่กรมธรรม์ สมครใจ			
ผู้เอาประกันภัยชื่อ***:		บัตรประชาชน***			ว/ด/ป เกิด ***		
ที่อยู่ของผู้เอาประกันภัย*** :				อาชีพ***			
ชื่อ - นามสกุล, ที่อยู่ในการจัดส่งกรมธรรม์*** :							
โทรศัพท์มือถือ***		ผู้รับผลประโยชน์***					
สาขา 001	รหัส	บัตร	ACC	Minor	Var 1 :	Var 2	
	ตัวแทน	ตัวแทน	Type	Source			
<input type="checkbox"/> ไม่มีพรบ.***		<input type="checkbox"/> มีพรบ.***		หมายเลข.....		วันคุ้มครอง	
วันเริ่มคุ้มครอง***		สิ้นสุดวันที่***		ประเภทการซ่อม*** <input type="checkbox"/> อยู่ห้าง <input type="checkbox"/> อยู่ธรรมดา			
รหัสรถ	ชื่อรถยนต์/รุ่น***	ปีจดทะเบียน***	ทะเบียน***	เลขตัวถัง***			CC.***
				เลขเครื่อง***			สีรถ***
ประเภทกรมธรรม์ <input type="checkbox"/> ไม่ระบุผู้ขับขี่ <input type="checkbox"/> ระบุผู้ขับขี่				PARTTERN		NCB %	
				ทุนประกันภัย บาท			
ผู้ขับขี่ 1		○ ชาย ○ หญิง		ผู้ขับขี่ 2		○ ชาย ○ หญิง	
วันเกิด		เลขที่ใบขับขี่		วันเกิด		เลขที่ใบขับขี่	
อาชีพ		อาชีพ					
		เลขบัตรประชาชน					
Excess	ลดหมู่	ประวัติดี	ส่วนลดอื่นๆ	ส่วนลดป้ายแดง	เบี้ยสุทธิ	เบี้ยรวม	พรบ. เบี้ยรวม พรบ.
รายการอุปกรณ์ตกแต่ง/เพิ่มเติม <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี รวมทั้งสิ้นเป็นเงิน				รายละเอียดจำนวน		รายการ ดังนี้	
ผลการตรวจสภาพรถยนต์ก่อนรับประกันภัย <input type="checkbox"/> ยกเว้น <input type="checkbox"/> ไม่มีความเสียหาย <input type="checkbox"/> ความเสียหายก่อนทำประกันภัย ดังนี้							
สำหรับบริษัทฯ							
หมายเหตุ :		ผู้แจ้งงาน :					
		ผู้ดูแล : 10033294 จีรภัทร หรือโอภาส					
B18 :		ดำเนินการโดย		วันที่	เวลา	ลงชื่อ	
		ผู้แจ้งงาน					
		ผู้รับแจ้ง					
		ผู้อนุมัติรับแจ้ง					
เบอร์โทร		ผู้มีอำนาจอนุมัติ					

ข้อมูลการชำระเงิน

ชำระเรียบร้อยแล้ว โดย.....

 ประสงค์ชำระ โดย PAY IN ธรรมดา PAY IN พิเศษ Mail Order