

10020018



แบบแสดงข้อมูลผู้ขอเอาประกันภัยประเภท ยูนิต ลิงค์

เรียน บริษัท อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

ตามที่ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะทำธุรกรรม กับบริษัท อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (บริษัท) และโดยที่บริษัทมีหน้าที่ต้องปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน และกฎหมายว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการสนับสนุนทางการเงินแก่การก่อการร้าย ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการรู้จักลูกค้า ข้าพเจ้าจึงขอให้ข้อมูล และให้สัญญาแก่บริษัทดังนี้

1. ชื่อ-นามสกุล	
2. วัตถุประสงค์ในการลงทุน <input type="checkbox"/> เพื่อเก็บออม <input type="checkbox"/> เพื่อสร้างผลกำไร <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	
3. อาชีพหลัก <input type="checkbox"/> เจ้าของกิจการ <input type="checkbox"/> พนักงานบริษัท <input type="checkbox"/> พนักงานรัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> ข้าราชการ <input type="checkbox"/> นักการเมือง <input type="checkbox"/> นักเรียน/นักศึกษา <input type="checkbox"/> พระภิกษุ/นักบวช <input type="checkbox"/> แม่บ้าน/พ่อบ้าน <input type="checkbox"/> เกษียณอายุ <input type="checkbox"/> อื่นๆ	
4. ประเภทธุรกิจ <input type="checkbox"/> อัญมณี เพชร พลอย ทองคำ หรือเครื่องประดับอัญมณี <input type="checkbox"/> สถานบริการ (อาบ อบ นวด ผับ บาร์) <input type="checkbox"/> ค้าของเก่า (วัตถุโบราณ) <input type="checkbox"/> ค้าอาวุธยุทโธปกรณ์ <input type="checkbox"/> รับแลกเปลี่ยนเงินตราทั้งนิติบุคคล และบุคคลธรรมดา <input type="checkbox"/> บริษัทหรือนายหน้าจัดหางาน <input type="checkbox"/> บริการโอนและรับโอนมูลค่าเงิน <input type="checkbox"/> นำเที่ยว บริษัททัวร์ <input type="checkbox"/> คาสิโนหรือบ่อนการพนัน <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	
5. แหล่งที่มาของรายได้/เงินลงทุน มาจาก <input type="checkbox"/> ประเทศไทย <input type="checkbox"/> ประเทศอื่นๆ (โปรดระบุ).....	
6. แหล่งที่มาของเงินลงทุน (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> เงินเดือน/เงินบำนาญ <input type="checkbox"/> เงินออม <input type="checkbox"/> มรดก <input type="checkbox"/> เงินปันผล/ดอกเบี้ย <input type="checkbox"/> การขายอสังหาริมทรัพย์ <input type="checkbox"/> ธุรกิจส่วนตัว <input type="checkbox"/> อื่นๆ	
7. ท่านเป็นหรือมีความเกี่ยวข้องกับบุคคลที่มีตำแหน่งทางการเมืองทั้งในหรือต่างประเทศหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (โปรดระบุ) ชื่อ-สกุล..... ความสัมพันธ์..... ตำแหน่งทางการเมือง.....	
8. บุคคลที่มีอำนาจควบคุมหรือตัดสินใจในทอดสุดท้ายเกี่ยวกับการทำธุรกรรม (Controlling Person) <input type="checkbox"/> ตนเอง <input type="checkbox"/> ผู้อื่น (โปรดระบุ) ชื่อ-สกุล..... ความสัมพันธ์กับลูกค้า..... ที่อยู่เลขที่.....	
การให้ถ้อยคำ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อเท็จจริงที่ได้แถลงไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีประวัติการกระทำความผิดตามกฎหมายว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน หรือกฎหมายว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการสนับสนุนการเงินแก่การก่อการร้ายแต่อย่างใด	
ลงชื่อ	ลงชื่อ
(.....)	(.....)
พยาน /ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต	ผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย
วันที่.....	วันที่.....