

Complaint Form : แบบฟอร์มร้องเรียน

กรุณารอกข้อมูลให้ครบถ้วน

1. ข้อมูลผู้ร้องเรียน			
ชื่อ-สกุล			เบอร์โทรศัพท์
Email		ที่อยู่	
ผู้ร้องเรียนเกี่ยวข้องกับ <input type="checkbox"/> ผู้เอาประกัน <input type="checkbox"/> ผู้ชำระเบี้ยประกัน <input type="checkbox"/> ผู้รับประโยชน์ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ)			

2. ข้อมูลผู้เอาประกัน <input type="checkbox"/> บุคคลเดียวกับข้อ 1. <input type="checkbox"/> บุคคลอื่น (ระบุด้านล่าง)			
ชื่อ-สกุล			เบอร์โทรศัพท์
Email		ที่อยู่	

3. ส่วนงานที่ประสงค์ร้องเรียน	
<input type="checkbox"/> บริษัท	<input type="checkbox"/> ตัวแทน <input type="checkbox"/> พนักงาน <input type="checkbox"/> ผลิตรภัณฑ์ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....

4. ข้อมูลกรมธรรม์			
เลขที่กรมธรรม์		หมายเลขเคลม	วันที่เกิดเหตุ
ชื่อสกุลตัวแทน		รหัสตัวแทน	

5. ระบุเรื่องร้องเรียน	
<input type="checkbox"/> ถูกปฏิเสธสินไหม/เคลม	<input type="checkbox"/> จ่ายสินไหม/เคลม ต่ำกว่าที่เรียกร้อง <input type="checkbox"/> ดำเนินการเคลมล่าช้า
<input type="checkbox"/> การเพิ่มเบี้ยอัตราสูงเกินไป	<input type="checkbox"/> ตัวแทนทุจริตเบี้ย <input type="checkbox"/> ตัวแทนบิดเบือนข้อเท็จจริง / ให้เงื่อนไขกรมธรรม์ไม่ถูกต้อง
<input type="checkbox"/> การสมัครทำประกันรายใหม่	<input type="checkbox"/> บริษัทเรียกเก็บหนี้สินค้างชำระ <input type="checkbox"/> ฝ่ายงานในบริษัทฯ (ระบุ)

6. สรุปเรื่องร้องเรียนโดยย่อ	

7. มีความประสงค์ให้บริษัทดำเนินการ	

8. เอกสาร/หลักฐานที่แนบมาด้วย พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง	
<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน/หนังสือเดินทาง	<input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน <input type="checkbox"/> หนังสือมอบอำนาจ <input type="checkbox"/> หนังสือรับรองการชำระเบี้ย
<input type="checkbox"/> สำเนาใบรับเงินชั่วคราว/ใบเสร็จรับเงิน	<input type="checkbox"/> สำเนา Pay in <input type="checkbox"/> หลักฐานการชำระเงินอื่น (ระบุ)
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ)	

		สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท	
ลงชื่อ	ผู้ร้องเรียน	ลงชื่อ	ผู้รับ/บันทึกเรื่อง
()	()	()	()
วันที่	/ /	วันที่	/ /