FWD insurance
บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 130-132 อาคารสินธรทาวเวอร์ 3 ชั้น 14, 16, 26 - 29
ถนนวิทยุ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
ศูนย์บริการลูกค้าเอฟดับบลิวดี 1351
fwd.co.th

เขียนที่ ______________________

วันที่ ______________________

แบบฟอร์มหนังสือร้องเรียน

เรื่องที่ร้องเรียน ____

ข้อมูลผู้ร้องเรียน

ชื่อ-สกุลผู้ร้องเรียน ______________________ กรมธรรม์เลขที่ ______________

เบอร์โทรศัพท์ ______________________ อีเมล ______________________

เป็น ☐ ผู้เอาประกันภัย ☐ ตัวแทน ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ) ______________

ที่อยู่ ______________________________ ตำบล/แขวง ______________

อำเภอ/เขต ______________ จังหวัด ______________ รหัสไปรษณีย์ ______________

ข้อมูลผู้ถูกร้องเรียน

ชื่อ-สกุลผู้ถูกร้องเรียน ____

ผู้ถูกร้องเรียนเป็น ☐ ตัวแทน / นายหน้า ☐ พนักงาน ☐ บริษัท

เอกสารประกอบเรื่องร้องเรียน

เอกสารประกอบ ☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ

1. ______________________
2. ______________________
3. ______________________
4. ______________________

เอกสารนำส่งพร้อมหนังสือร้องเรียน

1) สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัยหรือผู้เสียหาย
2) หนังสือมอบอำนาจ (กรณีรับมอบอำนาจ)
   พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

ข้อเท็จจริง /รายละเอียดประกอบการร้องเรียน

____

____

____

____

____

ความต้องการของผู้ร้องเรียน

____

____

____

<u>หมายเหตุ</u>: กรุณากรอกข้อมูลส่วนบุคคลให้ครบถ้วน ชัดเจน
เพื่อประโยชน์ของท่านในการดำเนินการและติดตามเรื่อง
สอบถามข้อมูล : ศูนย์บริการลูกค้าเอฟดับบลิวดี 1351 Email : fwdcare.th@fwd.com

ลงชื่อ ______________________

(______________________)

ผู้ร้องเรียน