

ใบสมัครสำหรับสมาชิก

(พนักงานบรรจุใหม่ที่มีมหาวิทยาลัยและ
ส่วนงาน/หน่วยงานรับผิดชอบ)

(MEMBERS' ENROLLMENT FORM)

เสนอต่อ

บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

Submit to

SOUTHEAST LIFE INSURANCE CO.,LTD.

บริษัท จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรมธรรม์เลขที่.....เลขที่สมาชิก.....

Company/policy holder

Policy number

ชื่อ (Name).....นามสกุล (Surname).....เบอร์โทรศัพท์.....E-Mail.....

วัน เดือน ปีเกิด (Date of Birth)เพศ (Sex)

วันเข้าทำงาน (Date of Employment)ตำแหน่ง (Title)

วันมีผลบังคับของการประกันภัย (Effective Insurance)

จำนวนเงินเอาประกันภัย (Amount of Insurance) แผน Premium

ผู้รับผลประโยชน์ (Beneficiary) :

ชื่อ - นามสกุล (Name - Surname)	อายุ (Age)	เพศ (Sex)	ความสัมพันธ์ (สัดส่วนร้อยละ) (Relationship)

ข้าพเจ้า ในนามสมาชิกผู้สมัครขอเอาประกันภัยมีความประสงค์จะเอาประกันภัยภายใต้กรมธรรม์ประกันชีวิตกลุ่มคุ้มครองจำกัดเวลาตามกรมธรรม์เลขที่ดังกล่าวข้างต้น โดยจะปฏิบัติตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ และขอยืนยันว่าข้าพเจ้ามีสุขภาพสมบูรณ์ทุกประการและมีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่ได้ระบุไว้ในกรมธรรม์ในขณะที่ยื่นขอเอาประกันภัย

.....
วันที่ Date ()

ลายมือชื่อผู้สมัคร Signature of Applicant

.....
() ()
พยาน Witness พยาน Witness

คำเตือน

ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) กระทรวงการคลัง
ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ
อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน ตามสัญญาประกันชีวิต
ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865