

ใบสมัครสำหรับสมาชิก (สำหรับพนักงานวิสามัญ/ชาวต่างประเทศ บรรจุใหม่)
(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)..... อีเมล (Email)
เบอร์โทร (Tel)
วัน เดือน ปีเกิด (Date of Birth) เพศ (Sex)
วันเข้าทำงาน (Date of Employment) ตำแหน่ง (Title)
วันมีผลบังคับของการประกันภัย (Effective Insurance)

จำนวนเงินเอาประกันภัย (Amount of Insurance) ☐ แผนแนะนำ ☐ แผนประหยัด
ผู้รับผลประโยชน์ (Beneficiary) : ☐ แผน Premium ☐ แผนอุบัติเหตุ

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