



อาคเนย์ประกันชีวิต

บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
Southeast Life Insurance Public Company Limited
สำนักงานใหญ่ 315 อาคารไทยกรู๊ป ชั้น 8-12 ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500
315 Thai Group Bldg., 8-12 Fl., Silom Rd., Silom, Bangrak, Bangkok 10500
T: 0 2631 1331 F: 0 2236 7614 www.southeastlife.co.th ศูนย์ดูแลลูกค้า โทร. 0 2255 5656
ทะเบียนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร Registration No. / Tax ID No. 0107555000384

Tel.....

ใบสมัครสำหรับสมาชิก (สำหรับพนักงานวิสามัญที่บรรจุใหม่)
(MEMBERS' ENROLLMENT FORM) บุคลากรเป็นผู้รับผิดชอบค่าเบี้ยประกัน

เสนอต่อ บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
Submit to SOUTHEAST LIFE INSURANCE CO.,LTD.

บริษัท กรมธรรม์เลขที่..... เลขที่สมาชิก.....
Company/policy holder Policy number Staff ID

ชื่อ (Name)..... นามสกุล (Surname).....

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

วันเข้าทำงาน (Date of Employment) ตำแหน่ง (Title)

วันมีผลบังคับของการประกันภัย (Effective Insurance)

จำนวนเงินเอาประกันภัย (Amount of Insurance) แผน 1 แผน 2 แผน 3 แผน 4

ผู้รับผลประโยชน์ (Beneficiary) : E-MAIL (STAFF)

Table with 4 columns: ชื่อ - นามสกุล (Name - Surname), อายุ (Age), เพศ (Sex), ความสัมพันธ์ (Relationship)

ข้าพเจ้า ในนามสมาชิกผู้สมัครขอเอาประกันภัยมีความประสงค์จะเอาประกันภัยภายใต้กรมธรรม์
ประกันชีวิตกลุ่มคุ้มครองจำกัดเวลาตามกรมธรรม์เลขที่ดังกล่าวข้างต้น โดยจะปฏิบัติตามเงื่อนไข
ของกรมธรรม์ และขอยืนยันว่าข้าพเจ้ามีสุขภาพสมบูรณ์ทุกประการและมีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่ไ้
ระบุไว้ในกรมธรรม์ในขณะที่ยื่นขอเอาประกันภัย

วันที่ Date ()
ลายมือชื่อผู้สมัคร Signature of Applicant

() ()
พยาน Witness พยาน Witness

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