

ใบสมัครสำหรับสมาชิก

(MEMBERS' ENROLLMENT FORM)

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

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

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)

ผู้รับผลประโยชน์ (Beneficiary) :

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

ข้าพเจ้า ในนามสมาชิกผู้สมัครขอเอาประกันภัยมีความประสงค์จะเอาประกันภัยภายใต้กรมธรรม์ประกันชีวิตกลุ่มคุ้มครองจำกัดเวลาตามกรมธรรม์เลขที่ดังกล่าวข้างต้น โดยจะปฏิบัติตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ และขอยืนยันว่าข้าพเจ้ามีสุขภาพสมบูรณ์ทุกประการและมีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่ได้ระบุไว้ในกรมธรรม์ในขณะที่ยื่นขอเอาประกันภัย

.....
วันที่ Date ()
ลายมือชื่อผู้สมัคร Signature of Applicant

() ()
พยาน Witness พยาน Witness

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