

ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่ม / Application for Group Insured

ใบรับรองเลขที่
วันที่รับเอกสาร
วันที่มีผลบังคับ

ชื่อผู้รับประโยชน์ / Beneficiary ความสัมพันธ์ / Relationship ที่อยู่ / Address

- Remark :** *If any of the answers to question 1 through 5 is “Yes” or injury as a result of accident, please provide full details below, by nothing the question number.*

☐ ไม่มีความประสงค์

ตำแหน่ง / Position.....

(วันที่ลงนาม / Date)

Important Note Pursuant To: Civil & Commercial Codes, Section No. 865, you are required to disclose in this application form, fully and faithfully, all the facts which you know or ought to know, otherwise the policy issued here under may be void.

