

**ใบสมัครสำหรับสมาชิก**

( MEMBERS' ENROLLMENT FORM )

เสนอต่อ  
Submit to บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)  
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