

ใบสมัครสำหรับสมาชิก

(MEMBERS' ENROLLMENT FORM)

เสนอต่อ

บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

Submit to

SOUTHEAST LIFE INSURANCE CO.,LTD.

บริษัท **มหาวิทยาลัยเชียงใหม่**

กรมธรรม์เลขที่ **ยังไม่ต้องระบุ** เลขที่สมาชิก **ยังไม่ต้องระบุ**

Company/policy holder

Policy number

ชื่อ (Name) **ชื่อ** นามสกุล (Surname) **นามสกุล**

วัน เดือน ปีเกิด (Date of Birth) **01/01/25xx** เพศ (Sex) **ชาย/หญิง**

วันเข้าทำงาน (Date of Employment) **01/01/25xx** ตำแหน่ง (Title) **นักจัดการงานทั่วไป**

วันมีผลบังคับของการประกันภัย (Effective Insurance) **1 ตุลาคม 2569**

จำนวนเงินเอาประกันภัย (Amount of Insurance) **ยังไม่ต้องระบุ**

ผู้รับผลประโยชน์ (Beneficiary) :

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

ข้าพเจ้า ในนามสมาชิกผู้สมัครขอเอาประกันภัยมีความประสงค์จะเอาประกันภัยภายใต้กรมธรรม์ประกันชีวิตกลุ่มคุ้มครองจำกัดเวลาตามกรมธรรม์เลขที่ดังกล่าวข้างต้น โดยจะปฏิบัติตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ และขอยืนยันว่าข้าพเจ้ามีสุขภาพสมบูรณ์ทุกประการและมีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่ได้ระบุไว้ในกรมธรรม์ในขณะที่ยื่นขอเอาประกันภัย

วันที่ทำการกรอกข้อมูล

.....

วันที่ Date

()

ลายมือชื่อผู้สมัคร Signature of Applicant

.....

()

()

พยาน Witness

พยาน Witness

คำเตือน

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