สหประกันชีวิต
SAHA LIFE INSURANCE

บริษัท สหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) 411 อาคารยูทาวเวอร์ ถนนศรีนครินทร์ แขวงสวนหลวง เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร 10250 โทร.0-2731-7799 แฟกซ์ 0-2731-7727-28

รายชื่อผู้ขอเอาประกันภัยกลุ่ม

รหัสตัวแทน.....

สำหรับโครงการประกันชีวิตกลุ่มสวัสดิการคณะกรรมการและพนักงานสหกรณ์

สหกรณ์.....

สหกรณ์ .....จำกัด (ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย)

ที่อยู่.....

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ .81-0…….. ,71-0……..……

☐ ผู้ขอเอาประกันภัยกลุ่มมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เคยมีอาการเจ็บป่วยเป็นโรค เช่น โรคหัวใจ โรคปอด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต โรคตับ โรคเอดส์ วัณโรค โรคจิต โรคเลือด โรคไต มะเร็ง พิษสุราเรื้อรัง โรคประสาท หรือความผิดปกติอื่นใดชนิดร้ายแรง ก่อนขอเอาประกันภัย ผู้ขอเอาประกันชีวิตขอรับรองว่ามีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงไม่มีอาการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคดังที่กล่าวหรือความผิดปกติชนิดร้ายแรงใด ๆ

ลำดับที่	ชื่อ-นามสกุล (ผู้ขอเอาประกัน)	ว/ด/ป ที่เกิด (พ.ศ.)	ตำแหน่ง	ชื่อผู้รับประโยชน์	หมายเหตุ **(รายเดิม/รายใหม่)**

***สำหรับสมาชิก รายใหม่ต้องแนบใบคำขอเอาประกันฯ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนเซ็นรับรองถูกต้อง**

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าสมาชิกผู้เอาประกันภัยดังกล่าวมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง

ประทับตราสหกรณ์

ลงชื่อผู้มีอำนาจ……

ตำแหน่ง……

วันที่……