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

รายชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

รหัสตัวแทน.....

สำหรับโครงการประกันชีวิตกลุ่มสวัสดิการคณะกรรมการและพนักงานสหกรณ์ สหกรณ์.....

ที่อยู่.....

สหกรณ์.....จำกัด ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย

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	คำนำหน้า-ชื่อ-นามสกุล (ผู้ขอเอาประกัน)	ว/ด/ป ที่เกิด (พ.ศ.)	ตำแหน่ง(ถ้ามี)	ชื่อผู้รับประโยชน์ (ตามระบุในใบคำขอ)	หมายเหตุ (รายเดิม/รายใหม่)
				ตามระบุในใบคำขอ	
				ตามระบุในใบคำขอ	
				ตามระบุในใบคำขอ	
				ตามระบุในใบคำขอ	
				ตามระบุในใบคำขอ	
				ตามระบุในใบคำขอ	
				ตามระบุในใบคำขอ	
				ตามระบุในใบคำขอ	
				ตามระบุในใบคำขอ	
				ตามระบุในใบคำขอ	
				ตามระบุในใบคำขอ	
				ตามระบุในใบคำขอ	
				ตามระบุในใบคำขอ	
				ตามระบุในใบคำขอ	
				ตามระบุในใบคำขอ	
				ตามระบุในใบคำขอ	
				ตามระบุในใบคำขอ	
				ตามระบุในใบคำขอ	
				ตามระบุในใบคำขอ	

***สำหรับสมาชิกรายใหม่ต้องแนบใบคำขอเอาประกันฯ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนเซ็นรับรองถูกต้อง**

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าสมาชิกผู้เอาประกันภัยดังกล่าวมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง

ลงชื่อผู้มีอำนาจ.....

ตำแหน่ง.....

ประทับตราสหกรณ์

วันที่.....