



**บริษัท สหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)**

411 อาคาร U TOWER ถนนศรีนครินทร์  
แขวงสวนหลวง เขตสวนหลวง กรุงเทพฯ 10250  
โทร. 0-2731-7799 โทรสาร. 0-2731-7727-8

คำขอเลขที่.....  
ชื่อตัวแทน.....  
รหัส.....  
ใบอนุญาตเลขที่.....

**ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่ม  
(สำหรับผู้ถือกรมธรรม์)**

1. ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย .....

2. ตั้งอยู่เลขที่ .....

โทร .....

3. ลักษณะธุรกิจ .....

4. ขอเอาประกันภัยกลุ่มสมาชิกสหกรณ์ .....

จำนวนสมาชิกผู้ขอเอาประกันชีวิตรวม .....คน

5. วันเริ่มสัญญา .....

6. จำนวนเงินเอาประกันภัยและเบี้ยประกันภัย	เงินเอาประกันภัย	เบี้ยประกันภัย
<input type="checkbox"/> เสียชีวิตทุกกรณี จำนวน .....	บาท .....	บาท .....
<input type="checkbox"/> สัญญาเพิ่มเติมประกันภัยอุบัติเหตุ (อ.บ. 1) จำนวน .....	บาท .....	บาท .....
<input type="checkbox"/> สัญญาเพิ่มเติมประกันภัยอุบัติเหตุ (อ.บ. 2) จำนวน .....	บาท .....	บาท .....
<input type="checkbox"/> สัญญาเพิ่มเติมประกันภัยอุบัติเหตุ (อ.บ. 3) จำนวน .....	บาท .....	บาท .....
รวมเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระทั้งสิ้น .....	บาท .....	บาท .....

7. แบบการชำระเบี้ยประกันภัย

ชำระรายปี  ชำระราย .....

8. วิธีชำระเบี้ยประกันภัย

สมทบ สมาชิกผู้เอาประกันภัยชำระเบี้ยประกันภัยส่วนหนึ่ง (.....%)

สหกรณ์ผู้ถือกรมธรรม์ชำระเบี้ยประกันภัยให้อีกส่วนหนึ่ง (.....%)

ไม่สมทบ สหกรณ์ผู้ถือกรมธรรม์เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยให้ทั้งหมด

ชำระผ่าน ชำระผ่านสมาชิกผู้เอาประกันภัยชำระเบี้ยประกันภัยเองผ่านทางสหกรณ์ผู้ถือกรมธรรม์

9. ขอรับรองว่าสมาชิกของผู้ถือกรมธรรม์ที่อื่นขอเอาประกันภัยมีอายุระหว่าง ..... ปี และมีสุขภาพสมบูรณ์

10. ผู้ถือกรมธรรม์เคยเอาประกันภัยกลุ่มมาก่อนหรือไม่

เคย  ไม่เคย

ถ้าเคย โปรดระบุชื่อบริษัทรับประกันภัยดังกล่าว .....

ถ้าการประกันภัยสิ้นสุดลงแล้ว ให้แจ้งวันที่ที่สิ้นสุดด้วย .....