บริษัท สหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
SAHA LIFE INSURANCE PUBLIC CO., LTD.
36/179, 36/183, 36/186 ถนนมอเตอร์เวย์ แขวงคลองสองต้นนุ่น เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร 10520 โทร.0-2379-5099 โทรสาร.0-2379-54466, 0-273 -7727-28
สหประกันชีวิต SAHA LIFE INSURANCE
36/179, 36/183, 36/186 Motorway Road, Khlong Song Ton Nun, Lat Krabang, Bangkok 10520, Thailand Tel. +66-2379-5099 Fax +66-2379-5466, +66-2731-7727-28
Website : http//www.sahalife.co.th E-mail Address : saha@sahalife.co.th ทะเบียนเลขที่ 0107554000186

รายชื่อผู้เอาประกันภัยกลุ่ม

รหัสตัวแทน.....

สำหรับโครงการประกันชีวิตกลุ่มสวัสดิการคณะกรรมการและพนักงานสหกรณ์

สหกรณ์.....

สหกรณ์.....จำกัด (ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย)

ที่อยู่.....

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

☐ ผู้ขอเอาประกันภัยกลุ่มมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ไม่มีอาการเจ็บป่วยเป็นโรค เช่น โรคหัวใจ โรคปอด โรคความดันโลหิต โรคตับ โรคเอดส์ วัณโรค โรคจิต โรคเลือด มะเร็ง พิษสุราเรื้อรัง โรคประสาท หรือความผิดปกติอื่นใดชนิดร้ายแรงก่อนขอเอาประกันชีวิตขอรับรองว่าสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงไม่มีอาการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคดังกล่าวหรือความผิดปกติชนิดร้ายแรงใด ๆ

ลำดับที่	ชื่อ-นามสกุล (ผู้เอาประกัน)	ว/ด/ป เกิด (พ.ศ.)	ตำแหน่ง	หมายเหตุ (รายเดิม/รายใหม่)	ผู้รับผลประโยชน์
					สหกรณ์เป็นผู้รับผลประโยชน์
					สหกรณ์เป็นผู้รับผลประโยชน์
					สหกรณ์เป็นผู้รับผลประโยชน์
					สหกรณ์เป็นผู้รับผลประโยชน์
					สหกรณ์เป็นผู้รับผลประโยชน์
					สหกรณ์เป็นผู้รับผลประโยชน์
					สหกรณ์เป็นผู้รับผลประโยชน์
					สหกรณ์เป็นผู้รับผลประโยชน์
					สหกรณ์เป็นผู้รับผลประโยชน์
					สหกรณ์เป็นผู้รับผลประโยชน์
					สหกรณ์เป็นผู้รับผลประโยชน์
					สหกรณ์เป็นผู้รับผลประโยชน์
					สหกรณ์เป็นผู้รับผลประโยชน์
					สหกรณ์เป็นผู้รับผลประโยชน์
					สหกรณ์เป็นผู้รับผลประโยชน์
					สหกรณ์เป็นผู้รับผลประโยชน์
					สหกรณ์เป็นผู้รับผลประโยชน์
					สหกรณ์เป็นผู้รับผลประโยชน์
					สหกรณ์เป็นผู้รับผลประโยชน์
					สหกรณ์เป็นผู้รับผลประโยชน์

*สำหรับสมาชิก รายใหม่ต้องแนบใบคำขอเอาประกันฯ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าสมาชิกผู้เอาประกันภัยดังกล่าวมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง

ลงชื่อผู้มีอำนาจ.....

ประทับตราสหกรณ์

ตำแหน่ง.....

วันที่.....