"สหกรณ์ออมทรัพย์ดีเด่นแห่งชาติประจำปี 2545"

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด

22/8 ถนนศรีจันทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000 โทรศัพท์ 0-4324-7520-1 FAX. 0-4323-764 www.kphcoop.com

☐ ขอสมัครทำประกันชีวิตกลุ่ม

กรมธรรม์ที่ ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8

เลขที่ใบคำขอ.....
วันที่.....

ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่ม สำหรับสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด

ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว)..... เลขสมาชิก.....

เพศ ○ ชาย ○ หญิง **สถานภาพ** ○ โสด ○ สมรส ○ หม้าย ○ หย่า

ส่วนสูง.....ซม. **น้ำหนัก**.....กก. **วันเดือนปีเกิด**..... อายุ.....ปี

บัตรประชาชนเลขที่ ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....

.....

โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

ตำแหน่ง.....สถานที่ปฏิบัติงาน.....

รายได้ต่อเดือน.....บาท

ข้อตกลงเอาประกัน

- การจ่ายเงินค่าเบี้ยประกันชีวิต ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้สหกรณ์ฯ เป็นผู้แจ้งหักเงินเดือน เพื่อนำส่งค่าเบี้ยประกันชีวิตแก่บริษัทผู้รับประกันชีวิตเป็นรายเดือนหรือรายปีก็ได้
- การจ่ายเงินผลประโยชน์ (กรณีที่เสียชีวิต) ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตจ่ายเงินผลประโยชน์ให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด เพื่อหักชำระหนี้ที่มีอยู่กับสหกรณ์ก่อน ส่วนเงินที่เหลือข้าพเจ้าจึงขอให้จ่ายแก่ทายาทเป็นผู้รับประโยชน์ต่อไป (หากไม่ระบุ สหกรณ์จะจ่ายแก่ทายาทตามกฎหมาย)
- สำหรับสมาชิกสมทบ สหกรณ์ฯ จะดำเนินการหักเงินค่าเบี้ยประกันเป็นรายเดือนผ่านบัญชีเงินเดือนของสมาชิกสามัญ และหากสมาชิกสามัญเสียชีวิต ให้นำเงินผลประโยชน์หักชำระหนี้ของสมาชิกสามัญก่อน

ชื่อผู้รับผลประโยชน์	ความสัมพันธ์
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

ลงชื่อ.....ผู้ขอเอาประกัน ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับเรื่อง

(.....) (.....)

วันที่.....