



"สหกรณ์ออมทรัพย์ดีเด่นแห่งชาติประจำปี 2545"

**สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด**

22/8 ถนนศรีจันทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000 โทรศัพท์ 0-4324-7520-1 FAX 0-4323-7643 www.kphcoop.com

- ขอสมัครทำประกันชีวิตกลุ่ม ( ) กรมธรรม์ที่ 1 ( ) กรมธรรม์ที่ 2  
( ) กรมธรรม์ที่ 3 ( ) กรมธรรม์ที่ 4 ( ) กรมธรรม์ที่ 5
- สมัครทำประกันชีวิตกลุ่มกับสหกรณ์แล้วเมื่อเดือน.....

เลขที่ใบคำขอ..... วันที่.....
----------------------------------

ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่ม สำหรับสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด

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

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 จะดำเนินการหัก เงินค่าเบี้ยประกันเป็นรายเดือนผ่านบัญชี เงินเดือนของสมาชิกสามัญ

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

ลงชื่อ.....ผู้ขอเอาประกัน      ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับเรื่อง  
(.....)      (.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....สมาชิกสามัญผู้ให้คำยินยอม  
(.....)

หมายเหตุ      สหกรณ์จะส่งรายชื่อให้บริษัทผู้รับประกันทุกวันที่ 5 ของเดือนถัดไป