



"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
 () กรมธรรม์ที่ 6 () กรมธรรม์ที่ 7

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 (กรณีเสียชีวิต) ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตจ่ายเงินผลประโยชน์ให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด เพื่อหักชำระหนี้ที่มีอยู่กับสหกรณ์ก่อน ส่วนเงินที่เหลือข้าพเจ้าจึงขอให้จ่ายแก่ทายาทเป็นผู้รับประโยชน์ต่อไป (หากไม่ระบุ สหกรณ์จะจ่ายแก่ทายาทตามกฎหมาย)
- สำหรับสมาชิกสมทบ สหกรณ์ฯ จะดำเนินการหัก เงินค่าเบี้ยประกันเป็นรายเดือนผ่านบัญชี เงินเดือนของสมาชิกสามัญ

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

ลงชื่อ.....สมาชิกผู้ขอสมัครประกัน

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับเรื่อง

(.....)

(.....)

วันที่.....

หมายเหตุ สหกรณ์จะส่งรายชื่อให้บริษัทผู้รับประกันทุกวันที่ 5 ของเดือนถัดไป