

ใบสมัคร

โครงการประกันอุบัติเหตุกลุ่มสมาชิกสหกรณ์

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....รหัสพนักงาน.....แผนก.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน.....
ที่อยู่ปัจจุบันหมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
เบอร์โทรศัพท์.....

ผู้รับผลประโยชน์ 1.....ความสัมพันธ์.....
2.....ความสัมพันธ์.....
3.....ความสัมพันธ์.....

ขอสมัครเข้าร่วมโครงการประกันชีวิตอุบัติเหตุกลุ่มฯ โดยรับทราบรายละเอียดดังนี้

1. รับสมัครสมาชิกอายุไม่เกิน 60 ปี
2. เริ่มคุ้มครองตั้งแต่วันที่ 5 เมษายน 2567 – 5 เมษายน 2568
3. คุ้มครองกรณีเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุเท่านั้น วงเงิน 100,000 บาท
4. คุ้มครองกรณีรับการรักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุจ่ายตามจริงไม่เกิน 10,000 บาท ต่ออุบัติเหตุ 1 ครั้ง (สถานพยาบาลของเอกชนหรือรัฐบาลก็ได้)
5. คุ้มครองกรณีสูญเสียอวัยวะ นิ้วมือ นิ้วเท้า แขน ขา ตา
6. ชำระค่าเบี้ยประกัน โดย หักผ่านสลิปเงินเดือนในเดือน พฤษภาคม 2567
7. ค่าเบี้ยประกันเพียง ปีละ 322 บาท (จ่ายครั้งเดียว)

ต่อทุกปี

ลงชื่อ

ไม่ต่อทุกปี

(.....)

วันที่/...../.....

สหกรณ์ออมทรัพย์มิตซูบิชิมอเตอร์ส ประเทศไทย จำกัด

หมายเหตุ หมดเขตรับเอกสาร วันที่ 29 มีนาคม 2567

กรุณากรอกเอกสารให้ครบถ้วน พร้อมลงลายมือชื่อด้วยตัวบรรจง ให้ชัดเจน