ใบสมัคร
โครงการประกันอุบัติเหตุกลุ่มสมาชิกสหกรณ์ฯ
(บมจ.กรุงเทพประกันภัย)

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

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

ขอสมัครเข้าโครงการประกันชีวิตอุบัติเหตุกลุ่ม ฯ โดยรับทราบรายละเอียดดังนี้

1. รับสมัครสมาชิกอายุไม่เกิน 60 ปี
2. เริ่มคุ้มครองตั้งแต่วันที่ 5 เมษายน 2569 – 5 เมษายน 2570
3. คุ้มครองกรณีเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุ 100,000 บาท
4. คุ้มครองกรณีรับการรักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุจ่ายตามจริงไม่เกิน 10,000 บาท ต่ออุบัติเหตุ 1 ครั้ง (สถานพยาบาลของเอกชลหรือรัฐบาลก็ได้)
5. คุ้มครองกรณีสูญเสียอวัยวะ นิ้วมือ นิ้วเท้า แขน ขา ตา
6. ชำระค่าเบี้ยประกันโดย**หักในสลิปเงินเดือน**
7. **ค่าเบี้ยประกันเพียง ปีละ 322 บาท (จ่ายครั้งเดียว)**

☐ ต่อทุกปี

☐ ไม่ต่อทุกปี

ลงชื่อ .....

(.....)

วันที่...../...../.....

สหกรณ์ออมทรัพย์มิตซูบิชิมอเตอร์ส ประเทศไทย จำกัด

หมายเหตุ หมดเขต วันที่ 31 มีนาคม 2569

กรุณากรอกเอกสารให้ครบถ้วน พร้อมลงลายมือชื่อด้วยตัวบรรจง ให้ชัดเจน