

รายละเอียดการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มนักเรียน นิสิต นักศึกษา

บริษัท อยูธยา อลิอันซ์ ซี.พี. ประกันชีวิต  
อาคารเพลินจิตทาวเวอร์ ชั้น 17  
898 ถ.เพลินจิต ลุมพินี ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
โทร 0-2305-7000

ชื่อผู้ถือกรมธรรม์(สถาบัน/โรงเรียน/วิทยาลัย/มหาวิทยาลัย).....  
ที่อยู่.....  
โทร..... โทรสาร.....

กรมธรรม์ปีแรก  
 กรมธรรม์ปีต่ออายุ

ลำดับ	ชื่อ - นามสกุล ผู้เอาประกันภัย	วัน/ เดือน/ ปีเกิด	อายุ	ตำแหน่งงาน	เงินเดือน /ค่าจ้าง /ต่อปี	แผน ประกันภัย	เบี้ย ประกันภัย (บาท)	ถ้าใช้รถ จักรยานยนต์ เป็นประจำ ให้กา ✓	ชื่อผู้รับประโยชน์ (ควรระบุชื่อบุคคลซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียกับผู้เอาประกันภัยและ ในกรณีที่ไม่มีระบุ ถือว่าผู้รับ ประโยชน์คือบิดาและหรือมารดา)	ความสัมพันธ์ กับ ผู้เอาประกันภัย
								<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>		

ช่องทางการจัดจำหน่าย.....ชื่อตัวแทน/นายหน้า.....รหัสตัวแทน/นายหน้า.....

หน่วย/ภาค.....  
สาขา..... โทร.....

เอกสารที่ใช้ประกอบการสมัครประกันอุบัติเหตุกลุ่ม

-ใบสมัคร(รายละเอียดการประกันอุบัติเหตุกลุ่ม)

-จำนวนผู้ขอเอาประกันภัยตั้งแต่ 100 คนขึ้นไป

ให้นำส่งรายชื่อพร้อมแผ่นคิสเก็ตหรือซีดี

.....

( )

ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนาม พร้อมประทับตรา

วันที่ ...../...../.....

หมายเหตุ - โปรดกรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน

สำหรับเจ้าหน้าที่ บมจ.อยูธยา อลิอันซ์ ซี.พี. ประกันชีวิต

กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มเลขที่.....

วันที่เริ่มมีผลบังคับ.....

ลายมือชื่อเจ้าหน้าที่.....