



แบบฟอร์ม ลด/เพิ่ม ทุนประกัน

พนักงาน คู่สมรส บุตร บิดา มารดา บิดา(คู่สมรส) มารดา(คู่สมรส)

ผู้เอาประกันภัย (นาย/นาง/นางสาว).....เลขประจำตัวพนักงาน.....

บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่.....

สังกัดแผนก.....กอง.....ฝ่าย.....ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....ไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรศัพท์มือถือ.....อีเมล.....

ขอแจ้งความจำนงในการเปลี่ยนแปลงทำประกันชีวิตกลุ่มกับ สร.กฟผ.ดังนี้

ประเภทประกัน

เพิ่มทุน

ลดทุน

1. ประกันชีวิตกลุ่ม

- ใช้แบบฟอร์มการสมัครเข้าใหม่

ทุน 200,000 บาท

2. ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม (อบ.2)

ทุน 300,000 บาท

ทุน 100,000 บาท

ทุน 500,000 บาท

ทุน 300,000 บาท

ทุน 1,000,000 บาท

ทุน 500,000 บาท

3. ประกันอุบัติเหตุ

ทุน 840,000 บาท

ทุน 540,000 บาท

มีเบิกค่ารักษาพยาบาล(อบ.1)

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย

(.....)

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ กรอกรายละเอียดข้อมูลของผู้เอาประกัน 1 ฉบับ / 1 คน