ใบขอเปลี่ยนแปลงผู้รับผลประโยชน์การทำประกัน สร.กฟผ.

สร.กฟผ./ประกัน9
แก้ไขปี 2566

❑ ประกันชีวิตกลุ่ม ❑ ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม ❑ ประกันภัยอุบัติเหตุ(มีค่ารักษาพยาบาล)

(เอกสาร 1 แผ่น ต่อ 1 กรมธรรม์)

****

ชื่อผู้เอาประกันภัย(นาย/นาง/นางสาว).....

❍ บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....

❍ พนักงาน หมายเลขประจำตัว กฟผ.....สังกัดแผนก.....กอง.....ฝ่าย.....

❍ คู่สมรส ของ ❍ บุตร ของ ❍ บิดา ของ ❍ มารดา ของ ❍ บิดา ของคู่สมรส ❍ มารดา ของคู่สมรส

(นาย / นาง / นางสาว) .....หมายเลขประจำตัว กฟผ.....

สังกัดแผนก..... กอง.....ฝ่าย.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

โทรสาร.....โทรศัพท์มือถือ.....

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์ .....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรศัพท์มือถือ.....

มีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงผู้รับผลประโยชน์ใหม่ ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-นามสกุล	อายุ	ความสัมพันธ์	ส่วนแบ่ง %
1				
2				
3				
4				
5				
6				

ทำที่.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)
เบอร์ติดต่อ.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอเปลี่ยนแปลง
(.....)

กรุณากรอกรายละเอียดพยานให้

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)
เบอร์ติดต่อ.....

(ติดต่อสอบถาม สร.กฟผ. โทรศัพท์ 02 436 5974-6 โทรสาร 02 4365978-9)