



## 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	<input type="radio"/> ทุน 200,000 บาท <input type="radio"/> ทุน 300,000 บาท <input type="radio"/> ทุน 400,000 บาท
2. ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม (อบ.2)	<input type="radio"/> ทุน 300,000 บาท <input type="radio"/> ทุน 500,000 บาท <input type="radio"/> ทุน 1,000,000 บาท	<input type="radio"/> ทุน 100,000 บาท <input type="radio"/> ทุน 300,000 บาท <input type="radio"/> ทุน 500,000 บาท
3. ประกันอุบัติเหตุ มีเบิกค่ารักษาพยาบาล(อบ.1)	<input type="radio"/> ทุน 840,000 บาท	<input type="radio"/> ทุน 540,000 บาท

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย

(.....)

วันที่...../...../.....