เอกสารแนบ
1.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
2.สำเนาทะเบียนบ้าน
3.สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
4.สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
(ของสมาชิกและผู้รับผลประโยชน์ทุกคน)

คำขอที่...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ลงรับ
สมาชิกมาส่งเอกสารด้วยตนเอง
และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
ลงชื่อ.....
(เจ้าหน้าที่)
วันที่รับ.....

คำขอเปลี่ยนแปลงชื่อผู้มีสิทธิรับประโยชน์ประกันชีวิตกลุ่ม

เขียนที่ .....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอเปลี่ยนแปลงชื่อผู้มีสิทธิรับประโยชน์ประกันชีวิตกลุ่ม

เรียน ผู้จัดการ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขที่.....
บัตรประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ในครั้งนี้ ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอยกเลิกรายชื่อผู้มีสิทธิรับผลประโยชน์ประกันชีวิตกลุ่มเดิม กรมธรรม์ที่..... และขอเปลี่ยนแปลงรายชื่อผู้มีสิทธิรับประโยชน์ประกันชีวิตกลุ่มดังกล่าวเมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรม ขอมอบให้กับบุคคลดังต่อไปนี้

1. .....เกี่ยวข้องเป็น.....สัดส่วน.....%
บัตรประจำตัวประชาชน.....โทรศัพท์.....
2. .....เกี่ยวข้องเป็น.....สัดส่วน.....%
บัตรประจำตัวประชาชน.....โทรศัพท์.....
3. .....เกี่ยวข้องเป็น.....สัดส่วน.....%
บัตรประจำตัวประชาชน.....โทรศัพท์.....
4. .....เกี่ยวข้องเป็น.....สัดส่วน.....%
บัตรประจำตัวประชาชน.....โทรศัพท์.....
5. .....เกี่ยวข้องเป็น.....สัดส่วน.....%
บัตรประจำตัวประชาชน.....โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การเปลี่ยนแปลงผู้รับประโยชน์ดังกล่าวนี้ ได้กระทำด้วยความสุจริตใจ มิได้มีใครมาบังคับขู่เข็ญ หรือกระทำการใด ๆ พร้อมทั้งมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....
ตัวบรรจง (.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ฯ
เพื่อทราบ

แก้ทะเบียนแล้ว

(ลงชื่อ).....
(.....)
...../...../.....

(ลงชื่อ).....
(.....)
...../...../.....

(ลงชื่อ).....
(.....)
...../...../.....

(ลงชื่อ).....
(.....)
...../...../.....

ทราบ

(ลงชื่อ).....
(นายปิยรัตน์ โพธินาม)
ผู้จัดการ
...../...../.....