

1. สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านผู้ขอ
2. สำเนาทะเบียนสมรสผู้ขอ (ถ้ามี)
3. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุลผู้ขอ (ถ้ามี)
4. สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับ
5. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุลผู้รับ (ถ้ามี)



เลขที่ใบคำขอ.....
รอบคุ้มครอง.....

คำขอเปลี่ยนแปลงชื่อผู้มีสิทธิรับผลประโยชน์ประกันชีวิตกลุ่ม

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอเปลี่ยนแปลงชื่อผู้มีสิทธิรับผลประโยชน์ประกันชีวิตกลุ่ม

เรียน ผู้จัดการ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขที่.....

บัตรประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ในครั้งนี้ ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอยกเลิกชื่อผู้มีสิทธิรับผลประโยชน์ประกันชีวิตกลุ่มเดิม
กรมธรรม์ที่ ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 และขอเปลี่ยนแปลงชื่อผู้มีสิทธิรับ
ผลประโยชน์ประกันชีวิตกลุ่มดังกล่าวเมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรม ขอมอบให้กับบุคคลดังต่อไปนี้ (ตัวบรรจง)

1.ความสัมพันธ์.....สัดส่วน.....%

บัตรประจำตัวประชาชน.....โทรศัพท์.....

2.ความสัมพันธ์.....สัดส่วน.....%

บัตรประจำตัวประชาชน.....โทรศัพท์.....

3.ความสัมพันธ์.....สัดส่วน.....%

บัตรประจำตัวประชาชน.....โทรศัพท์.....

4.ความสัมพันธ์.....สัดส่วน.....%

บัตรประจำตัวประชาชน.....โทรศัพท์.....

5.ความสัมพันธ์.....สัดส่วน.....%

บัตรประจำตัวประชาชน.....โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การเปลี่ยนแปลงชื่อผู้มีสิทธิรับผลประโยชน์ข้างต้นนี้ ได้กระทำได้ด้วยความ
สุจริตใจ มิได้มีใครมาบังคับขู่เข็ญ หรือกระทำการใด ๆ พร้อมทั้งมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

ตัวบรรจง (.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่ลงรับ

สมาชิกมาส่งเอกสารด้วยตนเอง
และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่รับ.....

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ฯ
เพื่อทราบ

แก้ไขเรียบร้อยแล้ว

(ลงชื่อ).....

(.....)

...../...../.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

...../...../.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

...../...../.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

...../...../.....

ทราบ

(ลงชื่อ).....

(นายปิยรัตน์ โพธินาม)

ผู้จัดการ

...../...../.....