

หนังสือแต่งตั้งผู้รับประโยชน์

A member of the Pacific Cross Group of Companies

สำหรับผู้อุปการะกันภัยกลุ่ม

## Beneficiary Designation for Member of Group Insurance

กรมธรรม์เลขที่ Group policy number ..... สมาชิกเลขที่ Member number .....  
ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ Policyholder name .....

(ชื่อผู้กู้)

Date .....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) | (Mr/Mrs/Miss) ..... **สามารถ สูดยอด** .....

วัน/เดือน/ปีเกิด Date of Birth ..... **1/9/2500** ..... บัตรประชาชนเลขที่ I.D. Card number ..... **1-6509-00000-48-7** .....

ผู้อุปการะกันภัยกลุ่มของ บมจ. แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ มีความประสงค์ขอแต่งตั้งผู้รับประโยชน์ของกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มฉบับดังกล่าวข้างต้นตามรายละเอียดด้านล่างนี้ ซึ่งเป็นที่เข้าใจและตกลงว่าเอกสารฉบับนี้จะแนบติด และถือเป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่ม

the applicant, would like to designate the following person(s) to be the beneficiary(ies) of the aforementioned Group Insurance Policy and it is agreed that this document shall be attached to and be a part of the Group Policy.

ชื่อ-สกุลผู้รับประโยชน์

ความสัมพันธ์

อายุ

Beneficiary full name and surname

Relationship

Age

**สหกรณ์ออมทรัพย์กรมปลัดตำรวจ จำกัด**

หมายเหตุ (Remarks) :

- ผู้รับประโยชน์จะต้องมีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้ขออุปการะกันภัย เช่น บิดา มารดา คู่สมรส บุตร เป็นต้น  
Beneficiary must be the person who has an insurable interest in the applicant such as being father, mother, spouse or child.
- กรอกข้อความให้ครบถ้วน ถ้ามีการแก้ไข ชัดษา ขาดลบ ต้องเซ็นชื่อผู้อุปการะกันภัยกำกับไว้ทุกแห่ง  
Please complete all inquiries. Applicant must validate by signing at all amendments, changes or corrections.

ลงนาม Signed ..... **สามารถ สูดยอด** (ชื่อผู้กู้) ..... ลงนามต่อหน้า Signed .....

( **นายสามารถ สูดยอด** )

( )

ผู้อุปการะกันภัย Applicant

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะบิดาหรือมารดาหรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม

ของผู้อุปการะกันภัย (กรณีผู้อุปการะกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

Parent or guardian of the applicant (In case the applicant is minor).

ลงนามต่อหน้า Signed ..... ลงนามต่อหน้า Signed .....

( )

( )

พยาน/ผู้รับมอบอำนาจของผู้ถือกรมธรรม์ Witness

พยาน Witness

สำหรับเจ้าหน้าที่ บมจ. แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ For PCHI Only

ความเห็น (Comment)

ลายมือชื่อเจ้าหน้าที่ (Officer signature) .....