



หนังสือแจ้งรายชื่อผู้รับประโยชน์สำหรับผู้เอาประกันภัยกลุ่ม

Notification Form of the Beneficiary for Member of Group Insurance

กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน กรณีที่มีการแก้ไข ชีดฆ่า ขูดลบ ผู้ขอเอาประกันภัยต้องเซ็นชื่อกำกับไว้ทุกแห่ง

Please fill-in required data. If there are edit/ cross out or erase some of words, the Applicant needs to sign certify at all points of revision.

ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ (บริษัท/นายจ้าง/องค์กร) <input style="width: 80%;" type="text"/> Policyholder Name (Company/Employer/Organization)	กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มเลขที่ <input style="width: 80%;" type="text"/> Group Policy No.
ชื่อ-นามสกุล ผู้ขอเอาประกันภัย <input style="width: 80%;" type="text"/> Applicant Name	เพศ Gender <input type="checkbox"/> ชาย Male <input type="checkbox"/> หญิง Female
วัน / เดือน / ปีเกิด (พ.ศ.) Date of Birth (B.E.) <input style="width: 80%;" type="text"/>	เลขที่บัตรประชาชน ID Card No. <input style="width: 80%;" type="text"/>
สถานภาพ Status <input type="checkbox"/> โสด Single <input type="checkbox"/> สมรส Married <input type="checkbox"/> หม้าย Widowed <input type="checkbox"/> หย่า Divorced	

ผู้รับประโยชน์ Beneficiaries

หากมิได้ระบุสัดส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ กัน

If the Applicant does not indicate the share in percentage for each beneficiary, the Company will assume that portions shall be separated equally among the beneficiaries.

ชื่อ - สกุล Name - Surname	เลขที่บัตรประชาชน ID Card No.	ความสัมพันธ์ Relationship	ร้อยละของผลประโยชน์ Percentage	หมายเลขโทรศัพท์ Contact No.

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย Signature of Applicant

()

วันที่ Date/...../.....

ลายมือชื่อ

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะบิดาหรือมารดา
 หรือผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย
 (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

Signature of Parent or guardian of applicant as a giver of consent
 (In case the Applicant is minor)

()

วันที่ Date/...../.....

คำแนะนำ Suggestion :

1. ผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์ควรเป็นทายาทโดยธรรม ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา หรือบุตรของผู้ขอเอาประกันภัย
The beneficiary under the policy should be a statutory heir e.g. father, mother, husband, wife or child of the Applicant.
2. กรณีไม่มีการระบุผู้รับประโยชน์ บริษัทฯ จะพิจารณาจ่ายสินไหมให้แก่ "กองมรดก" ของผู้ขอเอาประกันภัยเท่านั้น
In case the beneficiary is not indicated, the Company will consider paying claim to the "inheritance" of the Applicant only.

บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) Krungthai-AXA Life Insurance Public Company Limited

เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามา 9 ชั้น 1, 22-27 ถนนพหลโยธิน แขวงหัวขวาง เขตหัวขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
9, G Tower Grand Rama 9, Floor 1, 22-27, Rama 9 Road, Huai Khwang, Bangkok 10310

Ins. 0 2044 4000 Insสาร 0 2044 4032 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์/Customer Center Ins./Tel 1159 โทร:เบียมบริษัทฯ 0107555000376 www.krungthai-axa.co.th