

ใบแจ้งความจำนงระบุชื่อผู้รับประโยชน์การประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพกลุ่ม “SMEs Health Group”

ผู้ถือกรมธรรม์ บริษัท: กรมธรรม์เลขที่:
ผู้เอาประกันภัย/ผู้ได้รับความคุ้มครอง ชื่อ/นามสกุลพนักงาน: (นาย/นาง/นางสาว) เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง:
ภายใต้เงื่อนไขการให้ความคุ้มครองการประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพกลุ่ม กับ บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอระบุชื่อผู้รับประโยชน์ภายใต้การประกันภัยนี้ รายละเอียดดังต่อไปนี้ 1. ชื่อ/นามสกุลผู้รับประโยชน์ ความสัมพันธ์..... 2. ชื่อ/นามสกุลผู้รับประโยชน์ ความสัมพันธ์.....

- หมายเหตุ: 1. บริษัทผู้เอาประกันภัยต้องจัดให้พนักงานกรอกรายละเอียดดังกล่าวข้างต้น พร้อมลงนามและวันที่
2. บริษัทผู้เอาประกันภัยจะต้องเก็บเอกสารฉบับจริงไว้เองเพื่อประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
3. ผู้รับประโยชน์ หากระบุ 1 คน หมายถึงสัดส่วน 100% และหากระบุ 2 คน หมายถึงสัดส่วนคนละ 50%

.....
ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย (ตัวบรรจง)
วันที่...../...../.....