วันที่.....

เรียน บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

ข้าพเจ้า.....บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....

เป็นผู้เอาประกันภัย ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพ และอุบัติเหตุ "โครงการกองทุนเปิดกรุงไทย ยกกำลังสุข (ภาพ)"

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ เปลี่ยนแปลงผู้รับประโยชน์ ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยดังกล่าว ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ผู้รับประโยชน์ (เดิม).....

เปลี่ยนเป็น (นาย / นาง / นางสาว / อื่น ๆ).....

ความสัมพันธ์ [ ] บิดา [ ] มารดา [ ] สามี [ ] ภรรยา [ ] บุตร

[ ] อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

โปรดจัดทำสลักหลังเปลี่ยนแปลงรายละเอียดข้างต้น นำส่งให้ข้าพเจ้าตามที่ระบุด้านล่าง ดังนี้

[ ] ส่งทาง e-mail address.....

[ ] ส่งตามที่อยู่

หมู่บ้าน / อาคาร			
เลขที่		หมู่ที่	
ซอย		ถนน	
ตำบล / แขวง		อำเภอ / เขต	
จังหวัด		รหัสไปรษณีย์	
หมายเลขโทรศัพท์			

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา

ลงนาม.....

(.....)