



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด

9/22 ถนนเทศบาลบำรุง ตำบลท้ายช้าง อำเภอเมือง จังหวัดพังงา 82000

โทรศัพท์ 076 412413 , 412414 , 086 6915875 , 080 6496703 โทรสาร 076 413436

The Provincial Health Phangnga Of Savings and Credit Cooperatives Limited

แบบฟอร์มแจ้งความจ้างการทำประกันชีวิตภาคสมัครใจ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง การทำประกันชีวิตภาคสมัครใจ

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด

ด้วยข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส.

สมาชิกเลขทะเบียนที่..... สังกัดหน่วย..... ขอแจ้งความ
จ้างการทำประกันชีวิตภาคสมัครใจ ดังนี้

ขอลดวงเงินประกันจาก..... เป็น.....

ขอทำวงเงินประกันเท่าเดิม

ขอยกเลิกวงเงินประกัน

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

หมายเหตุ

- สมาชิกต้องทำประกันไม่ต่ำกว่าวงเงินที่เป็นหนี้กับสหกรณ์

- สมาชิกสามารถตรวจสอบข้อมูลส่วนตัวเกี่ยวกับวงเงินประกันได้ที่

www.phangngacoop.com และดาวน์โหลดแบบฟอร์มจากหน้าเว็บไซต์

- สมาชิกที่ต้องการทำประกันเพิ่มให้หรือเพิ่มระหว่างปีกรรมธรรม์

- สมาชิกที่ไม่ยื่นความจ้าง ทางสหกรณ์จะต่ออายุกรรมธรรม์เท่ากับวงเงินประกันเดิม