



## บันทึกข้อความ

หน่วยงาน .....

ที่ ..... วันที่ .....

เรื่อง ขอนำบัตรประกันใหม่

เรียน สำนักงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานอธิการบดี ส่วนงานสวัสดิการ

ด้วยข้าพเจ้า.....สถานะ.....(บุคลากร, บิดา, มารดา, คู่สมรส, บุตร) ความสัมพันธ์กับบุคลากรชื่อ.....ตำแหน่ง.....สังกัด.....มีความประสงค์ขอนำบัตรใหม่

ประเภท  ประกันชีวิตและสุขภาพกลุ่ม  บัตรประกันอุบัติเหตุกลุ่ม เหตุผลที่ขอนำบัตรใหม่เนื่องจาก

บัตรหายหรือถูกทำลาย

หมายเลขของบัตรเดิม.....(ถ้าทราบ)

ขอเปลี่ยนบัตร เนื่องจาก

เปลี่ยนตำแหน่ง/เลื่อนระดับ/เลื่อนยศ

เปลี่ยนชื่อตัว

เปลี่ยนชื่อสกุล

เปลี่ยนชื่อตัวและชื่อสกุล

ชำรุด

อื่น ๆ.....

โดยแนบเอกสารหลักฐานมาพร้อมทั้งคำขอนี้แล้ว ดังนี้

เอกสารหลักฐานแสดงการเปลี่ยนชื่อ-สกุล

บัตรประกันเดิม

(.....)

ผู้แจ้งความประสงค์

หมายเหตุ : 1. ให้ทำเครื่องหมาย / ในช่อง  และหรือ  หน้าข้อความที่ใช้

2. หากมีข้อสงสัย ประกันชีวิตและสุขภาพกลุ่ม ติดต่อคุณสุกัญชา โทร. 02-329-8000 ต่อ 3273

ประกันอุบัติเหตุกลุ่ม ติดต่อคุณณิชนกานต์ โทร. 02-329-8000 ต่อ 3277