

**บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)**

เลขที่ 130-132 อาคารสินธรทาวเวอร์ 3 ชั้น 14, 16, 26 - 29  
ถนนวิทย์ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
ศูนย์บริการลูกค้าเอฟดับบลิวดี P 1351 เลขทะเบียนบริษัท 0107563000304  
fwd.co.th



## หนังสือแต่งตั้งผู้รับประโยชน์สำหรับผู้ขอเอาประกันภัยกลุ่ม Beneficiary Designation for Member of Group Insurance

วันที่ Date 4/กรกฎาคม/2567  
กรมธรรม์เลขที่ Group Policy Number E0001463  
สมาชิกเลขที่ Member Number .....

ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ Policyholder name นายเชาวพันธ์ ปานมี  
ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) I (Mr./Mrs./Miss) นายเชาวพันธ์ ปานมี  
วัน/เดือน/ปีเกิด Date of Birth 06/กุมภาพันธ์/2525 บัตรประชาชนเลขที่ I.D. Card number 3901000262258

ผู้ขอเอาประกันภัยกลุ่มของ บมจ.เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต ("เอฟดับบลิวดี") มีความประสงค์ขอแต่งตั้งผู้รับประโยชน์ของกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มฉบับดังกล่าวข้างต้นตามรายละเอียดด้านล่างนี้ ซึ่งเป็นที่เข้าใจและตกลงว่าเอกสารฉบับนี้จะแนบติด ถือเป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่ม และรับรองว่าได้แจ้งนโยบายข้อมูลส่วนบุคคลของเอฟดับบลิวดีให้แก่ผู้รับประโยชน์แล้ว

the applicant, would like to designate the following person (s) to be the beneficiary (ies) of the aforementioned group insurance policy and it is agreed that this document shall be attached to and be a part of the group policy and warrant that the applicant has informed FWD's Privacy Policy to the beneficiary (ies).

ชื่อ-สกุลผู้รับประโยชน์ Beneficiary full name and surname	ความสัมพันธ์ Relationship	อายุ Age	ส่วนแบ่ง(%) Proportion	ที่อยู่ Address	เบอร์โทรศัพท์ Phone number
1. นายวิระ ปานมี	บิดา	68	33.33	20 ซอยถนนสันติสุข ต.ป่าตองเบซาร์ อ.สะเตง จ. สงขลา 90240	0818978188
2. นางอังคณา ปานมี	มารดา	67	33.33	20 ซอยถนนสันติสุข ต.ป่าตองเบซาร์ อ.สะเตง จ. สงขลา 90240	0819906638
3. นางสาวเยาวฤดี ศรีสเวกกาญจน	คู่สมรส	50	33.33	134/3 ซ.ลาดพร้าว 80 แขวง 20 เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร 10310	0619491916
4. ....	.....	.....	.....	.....	.....

**หมายเหตุ (Remarks) :**

- ผู้รับผลประโยชน์จะต้องมีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้ขอเอาประกันภัย เช่น บิดา มารดา คู่สมรส บุตร เป็นต้น  
Beneficiary must be the person who has insurable interest in the applicant such as being father, mother, spouse, or child.
- กรอกข้อความให้ครบถ้วน ถ้ามีการแก้ไข ขีดฆ่า ขูดลบ ต้องเซ็นชื่อผู้ขอเอาประกันภัยกำกับไว้ทุกแห่ง  
Please complete all inquiries. Applicant must validate by signing at all amendments, emendation or corrections.

ลงนาม ณ วันที่ Signed on Date 4 เดือน Month กรกฎาคม W.ศ. Year 2567

ลงนาม Signature นายเชาวพันธ์ ปานมี  
(.....)  
ผู้ขอเอาประกันภัย The Applicant



ลงนาม Signature นางสาวเยาวฤดี ศรีสเวกกาญจน  
(.....)  
ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ ☐ บิดา / มารดา หรือ ☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย  
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)  
Person who gave consent as ☐ father, mother or ☐ legal agent of the applicant  
(In case that the applicant is a minor)

ลงนาม Signature .....  
(.....)  
พยาน / ตัวแทน / นายหน้าประกันชีวิต  
Witness / Agent / Broker

ลงนาม Signature P.L.M.  
(.....)  
พยาน ผู้รับมอบอำนาจของผู้ถือกรมธรรม์  
Witness, attorney of policyholder