



หนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ (แบบระบุประเภทและสัดส่วน)

ทะเบียนรับเลขที่.....
วันที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขทะเบียน.....เลขประจำตัวประชาชน.....ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....หมู่บ้าน.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก เลขที่..... หมู่ที่.....ซอย.....หมู่บ้าน.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....ขอ

แสดงเจตนาตั้งผู้รับโอนประโยชน์ ซึ่งข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะได้รับจากสหกรณ์ออมทรัพย์กรมการพัฒนารัฐวิสาหกิจ จำกัด โดยหนังสือนี้ว่า ในกรณีที่ข้าพเจ้าถึงแก่กรรมในระหว่างที่เป็นสมาชิกสหกรณ์นี้ ข้าพเจ้าประสงค์ให้
จ่ายเงินที่ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะได้รับจากสหกรณ์ออมทรัพย์กรมการพัฒนารัฐวิสาหกิจ จำกัด ได้แก่ เงินค่าหุ้น/เงินฝาก เงินสินไหมทดแทนที่ได้รับจากการทำประกันชีวิตกลุ่มและอุบัติเหตุกลุ่ม หรือประโยชน์อื่นใดอันพึงได้รับ
จากสหกรณ์ หลังจากหักหนี้สินต่างๆ ที่มีภาระผูกพันอยู่กับสหกรณ์ ให้แก่บุคคลรวมคน ดังมีรายชื่อต่อไปนี้

| ที่ | ชื่อ - สกุล | เลขประจำตัวประชาชน | ความสัมพันธ์ | ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ (โดยละเอียด) | ระบุประเภทและสัดส่วนที่พึงจะได้รับจากสหกรณ์ (สัดส่วนแต่ละประเภทรวมแล้วต้อง เท่ากับ 100%) |
|-----|-------------|---|--------------|--|--|
| | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | ที่อยู่.....โทรศัพท์..... | ประเภท..... ร้อยละที่พึงได้รับ..... |
| | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | ที่อยู่.....โทรศัพท์..... | ประเภท..... ร้อยละที่พึงได้รับ..... |
| | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | ที่อยู่.....โทรศัพท์..... | ประเภท..... ร้อยละที่พึงได้รับ..... |
| | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | ที่อยู่.....โทรศัพท์..... | ประเภท..... ร้อยละที่พึงได้รับ..... |

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าในการกำหนดตั้งผู้รับโอนประโยชน์ของข้าพเจ้ากระทำขึ้นในขณะที่ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ทุกประการและขอยกเลิกหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ฉบับก่อนหน้านี้ทุกฉบับ (หากพึงมี) และให้ใช้ความตามหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ฉบับนี้แทน
จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....สมาชิกผู้แสดงเจตนา
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

- หมายเหตุ 1. กรณีที่มีการแก้ไข ให้ขีดฆ่าข้อความเดิม และลงลายมือชื่อกำกับทุกแห่ง (ห้ามขูดลบ หรือใช้ น้ำยาลบคำผิด)
2. พยานต้อง 2.1 เป็นผู้บรรลุนิติภาวะ 2.2 พยานต้องไม่เป็นผู้รับประโยชน์ตามหนังสือฉบับนี้
- 2.3 ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต หรือบุคคลที่ศาลสั่งให้เป็นบุคคลเสมือนไร้ความสามารถ ไม่เป็นบุคคลหูหนวก เป็นใบ้ หรือจักษุบอด ทั้ง 2 ข้าง



หนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ (แบบทั่วไป)

ทะเบียนรับเลขที่.....
วันที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขทะเบียน.....เลขประจำตัวประชาชน.....ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....หมู่บ้าน.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....หมู่บ้าน.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....ขอ

แสดงเจตนาตั้งผู้รับโอนประโยชน์ ซึ่งข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะได้รับจากสหกรณ์ออมทรัพย์กรมการพัฒนารัฐวิสาหกิจ จำกัด โดยหนังสือนี้ว่า ในกรณีที่ข้าพเจ้าถึงแก่กรรมในระหว่างที่เป็นสมาชิกสหกรณ์นี้ ข้าพเจ้าประสงค์ให้
จ่ายเงินที่ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะได้รับจากสหกรณ์ออมทรัพย์กรมการพัฒนารัฐวิสาหกิจ จำกัด ได้แก่ เงินค่าหุ้น/เงินฝาก เงินสินไหมทดแทนที่ได้รับจากการทำประกันชีวิตกลุ่มและอุบัติเหตุกลุ่ม หรือประโยชน์อื่นใดอันพึงได้รับ
จากสหกรณ์ หลังจากหักหนี้สินต่างๆ ที่มีภาระผูกพันอยู่กับสหกรณ์ ให้แก่บุคคลรวมคน ดังมีรายชื่อต่อไปนี้

| ที่ | ชื่อ - สกุล | เลขประจำตัวประชาชน | ความสัมพันธ์ | ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ (โดยละเอียด) | ให้ได้รับ ร้อยละ(%) |
|-----|-------------|--------------------|--------------|--|---------------------|
| | | □□□□□□□□□□□□□□ | | ที่อยู่..... โทรศัพท์..... | |
| | | □□□□□□□□□□□□□□ | | ที่อยู่..... โทรศัพท์..... | |
| | | □□□□□□□□□□□□□□ | | ที่อยู่..... โทรศัพท์..... | |
| | | □□□□□□□□□□□□□□ | | ที่อยู่..... โทรศัพท์..... | |

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าในการกำหนดตั้งผู้รับโอนประโยชน์ของข้าพเจ้ากระทำขึ้นในขณะที่ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ทุกประการและขอยกเลิกหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ฉบับก่อนหน้านี้นี้ทุกฉบับ (หากพึงมี) และให้ใช้ความตามหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ฉบับนี้แทน
จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ สมาชิกผู้แสดงเจตนา
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

- หมายเหตุ 1. กรณีที่มีการแก้ไข ให้ขีดฆ่าข้อความเดิม และลงลายมือชื่อกำกับทุกแห่ง (ห้ามชูดลบ หรือใช้น้ำยาลบคำผิด)
2. พยานต้อง 2.1 เป็นผู้บรรลุนิติภาวะ 2.2 พยานต้องไม่เป็นผู้รับประโยชน์ตามหนังสือฉบับนี้
- 2.3 ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต หรือบุคคลที่ศาลสั่งให้เป็นบุคคลเสมือนไร้ความสามารถ ไม่เป็นบุคคลหูหนวก เป็นใบ้ หรือจักษุบอด ทั้ง 2 ข้าง