



หนึ่งในพันธมิตรของธนาคารออมสิน

63/2 อาคาร บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ชั้น 1,3,4,5 และ 6
ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
โทร 02-118-5555 โทรสาร : 02-118-5601 www.dhipayalife.co.th

ใบผู้รับประโยชน์ (Beneficiary Form)

กรมธรรม์เลขที่

ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ (ชื่อองค์กร/บริษัท)
(Policyholder)

รหัสพนักงาน
(Employee no.)

ชื่อ - นามสกุล ผู้สมัครเอาประกัน (นาย / นาง / นางสาว)
(Name of Employee Mr. / Mrs. / Ms.)

เกิดวันที่ เดือน พ. ศ. อายุ ปี
(Date of Birth) (Age)

วันเริ่มทำงาน ตำแหน่ง
(Date of employment) (Position)

ผู้รับประโยชน์
(Beneficiary)

- | | | |
|---------|------------------------|--|
| 1. | อายุ ปี
(Age) | ความสัมพันธ์ สัดส่วน %
(Relationship) |
| 2. | อายุ ปี
(Age) | ความสัมพันธ์ สัดส่วน %
(Relationship) |
| 3. | อายุ ปี
(Age) | ความสัมพันธ์ สัดส่วน %
(Relationship) |
| 4. | อายุ ปี
(Age) | ความสัมพันธ์ สัดส่วน %
(Relationship) |
| 5. | อายุ ปี
(Age) | ความสัมพันธ์ สัดส่วน %
(Relationship) |

กรุณาระบุผู้รับประโยชน์ที่มีความสัมพันธ์เป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หรือ บุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด
(The Relationship should be "Father" "Mother" "Husband" "Wife" "Child" Or People with Blood Relations)

ลงชื่อ ผู้สมัครเอาประกัน
(Signature)

วันที่มีผลบังคับ
(Effective date)