



ทิพยประกันชีวิต

DHIPAYA LIFE ASSURANCE

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
(Policy No.)

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 หรือ บุตร

(The Relationship should be "Father" "Mother" "Husband" "Wife" "Child")

ลงชื่อ ผู้สมัครเอาประกัน
(Signature)

วันที่มีผลบังคับ / /
(Effective date)