



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 )