



แบบฟอร์มแจ้งพนักงานเข้าใหม่/เปลี่ยนแปลง/ลาออก
Statement of New Member / Change Plan, Benefit / Cancellation

บริษัทผู้ทรงกรมธรรม์/Policyholder(Company Name).....

ฝ่ายประกันกลุ่ม / Group Insurance Dep.

บริษัท/สาขา (Subsidiary/Branch).....

Fax. 02 - 118-5601 / E - mail...GL@dhipayalife.co.th

เลขที่กรมธรรม์(Policy Number):

เลขอ้างอิง Ref. No.	ชื่อ - นามสกุลพนักงาน Name of Employee	วัน/เดือน/ปีเกิด Date of Birth	เพศ Sex	ความสัมพันธ์ Relation (E,S,C)	เข้า-ออก-เปลี่ยนแปลง New-Ter-Chg	แผน Plan	เงินเดือน Salary	ทุนประกัน /Sum Assured	วันเริ่มงาน Date of Emp.	วันมีผลบังคับ Effective date	แนบใบสมัคร Enc. App.	หมายเหตุ Remark

หมายเหตุ กรุณาแจ้งการเปลี่ยนแปลงภายใน 30 วันพร้อม แนบใบสมัคร
มาในกรณีเข้าใหม่ หรือส่งตามมาภายในเวลา 30 วัน
Please inform us for any alteration within 30 days.
For New Member, please attach the application
or send later within 30 days.

สำหรับนายจ้างลงนาม
(To be signed by Employer)
.....
Date :...../...../.....

บันทึกโดย บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
(Noted by dhipayalife Assurance)
.....
Date :...../...../.....