



แบบฟอร์มแจ้งพนักงานเข้าใหม่/เปลี่ยนแผน,ทุนประกัน/ลาออก(อุบัติเหตุ)

Statement of New Member / Change Plan,Benefit / Cancellation(PA)

ฝ่ายประกันกลุ่ม / Group Insurance Dep.

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

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

เลขที่กรมธรรม์(Policy Number):GT.....			เข้าใหม่ / New Member				เปลี่ยนแผน,เงินเดือน,ทุนประกัน/Change Plan,Benefit			ลาออก/Cancellation
เลขอ้างอิง Ref. No.	ชื่อ - นามสกุลพนักงาน Name of Employee	วัน/เดือน/ปีเกิด Date of Birth	วันเริ่มงาน Date of Emp.	ทุนประกัน Sum Assured	ค่ารักษาอุบัติเหตุ Med.Expense	วันมีผลบังคับ Effective Date	เก่า Old	ใหม่ New	วันมีผลบังคับ Effective Date	วันที่ลาออก Resigned Date

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 :...../...../.....