



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.....(ถ้าทราบข้อมูล)

ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ (ชื่อองค์กร/บริษัท)ธนาคารออมสิน.....
(Policyholder)

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

ผู้ถือบัตรเดบิต ออมสิน อุ่นใจ.....

มีความประสงค์ขอระบุผู้รับประโยชน์ ดังนี้
(Beneficiary)

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

กรณีระบุผู้รับประโยชน์ที่มีความสัมพันธ์เป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่น้องร่วมบิดา มารดาเดียวกัน พี่น้องร่วมบิดาเดียวกัน พี่น้องร่วมมารดาเดียวกัน คู่ชีวิต ลูก ป้า น้า อา ปู่ ย่า ตา ยาย หลาน

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย หรือ ผู้ถือบัตร
(Signature)

วันที่มีผลบังคับ/...../.....
(Effective date)

เอกสารประกอบการแจ้งความประสงค์ระบุผู้รับประโยชน์

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ถือบัตรเดบิต
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับประโยชน์ (ถ้ามี)