



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

ใบเปลี่ยนผู้รับประโยชน์

Change of Beneficiary Form

กรมธรรม์เลขที่
(Policy No.)

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

รหัสพนักงาน
(Employee no.)

ชื่อ – นามสกุล ผู้สมัครเอาประกัน(นาย / นาง / นางสาว).....
(Name of Employee Mr., Mrs., Miss)

มีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงผู้รับประโยชน์จากเดิมเป็นดังนี้
(Would like to request to make the following changes of beneficiary;)

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)