



ใบสมัครขอเอาประกันชีวิตและอุบัติเหตุและประกันชีวิตและสุขภาพ Employee Enrollment Form

นามนายจ้าง (ชื่อบริษัท) Name of Employer		กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มเลขที่ Group Policy No.																	
ชื่อพนักงาน Name of Employee		เพศ Gender <input type="checkbox"/> ชาย Male <input type="checkbox"/> หญิง Female	รหัสพนักงาน Employee ID																
วัน / เดือน / ปีเกิด (พ.ศ.) Date of Birth	เลขที่บัตรประชาชน ID No.	สถานภาพ Status <input type="checkbox"/> โสด Single <input type="checkbox"/> สมรส Married <input type="checkbox"/> หม้าย Widowed <input type="checkbox"/> หย่า Divorced	วันที่เริ่มทำงาน Date of Employment																
ผู้รับผลประโยชน์ Beneficiaries																			
<table border="1"><thead><tr><th>ชื่อ - สกุล Name - Surname</th><th>ความสัมพันธ์ Relationship</th><th>ร้อยละของผลประโยชน์ Percentage</th><th>หมายเลขโทรศัพท์ Contact No.</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>				ชื่อ - สกุล Name - Surname	ความสัมพันธ์ Relationship	ร้อยละของผลประโยชน์ Percentage	หมายเลขโทรศัพท์ Contact No.												
ชื่อ - สกุล Name - Surname	ความสัมพันธ์ Relationship	ร้อยละของผลประโยชน์ Percentage	หมายเลขโทรศัพท์ Contact No.																
		วันที่ Date	ลายมือชื่อพนักงานผู้สมัคร / ผู้ขอเอาประกันภัย Signature of Employee																



ใบสมัครขอเอาประกันชีวิตและอุบัติเหตุและประกันชีวิตและสุขภาพ Employee Enrollment Form

นามนายจ้าง (ชื่อบริษัท) Name of Employer		กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มเลขที่ Group Policy No.																	
ชื่อพนักงาน Name of Employee		เพศ Gender <input type="checkbox"/> ชาย Male <input type="checkbox"/> หญิง Female	รหัสพนักงาน Employee ID																
วัน / เดือน / ปีเกิด (พ.ศ.) Date of Birth	เลขที่บัตรประชาชน ID No.	สถานภาพ Status <input type="checkbox"/> โสด Single <input type="checkbox"/> สมรส Married <input type="checkbox"/> หม้าย Widowed <input type="checkbox"/> หย่า Divorced	วันที่เริ่มทำงาน Date of Employment																
ผู้รับผลประโยชน์ Beneficiaries																			
<table border="1"><thead><tr><th>ชื่อ - สกุล Name - Surname</th><th>ความสัมพันธ์ Relationship</th><th>ร้อยละของผลประโยชน์ Percentage</th><th>หมายเลขโทรศัพท์ Contact No.</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>				ชื่อ - สกุล Name - Surname	ความสัมพันธ์ Relationship	ร้อยละของผลประโยชน์ Percentage	หมายเลขโทรศัพท์ Contact No.												
ชื่อ - สกุล Name - Surname	ความสัมพันธ์ Relationship	ร้อยละของผลประโยชน์ Percentage	หมายเลขโทรศัพท์ Contact No.																
		วันที่ Date	ลายมือชื่อพนักงานผู้สมัคร / ผู้ขอเอาประกันภัย Signature of Employee																