

ชื่อองค์กร (Organization Name)

กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนสมบูรณ์ด้วยตัวบรรจง (Please complete this form in BLOCK CAPITALS)

ลำดับ No.	ตำแหน่ง Title	สมาชิกผู้มีสิทธิเข้าร่วม Eligible Members		บัตรประชาชน เลขที่ Identification Card No.	วัน/เดือน/ปี เกิด (พ.ศ.) Date of Birth (B.E.) (DD/MM/YYYY)	เพศ Sex (M/F)	สัญชาติ (ระบุกรณีที่ไม่ใช่ สัญชาติไทย) The nationality Identify in case of not Thai	หมายเลข โทรศัพท์มือถือ Mobile phone No.	E-mail address	จำนวนเงินเอา ประกันภัย หรือ เงินเดือน Sum Assured or Salary	รหัสพนักงาน Employee code	แผนประกันภัย Insurance plan	ชั้น / ตำแหน่ง Grade / Position	วันที่เข้าทำงาน (พ.ศ.) 1 st Working Date (B.E.) (DD/MM/YYYY)	ธนาคาร Bank	เลขที่บัญชี Acconut No.	หมายเหตุ Remarks	
		ชื่อ Name	นามสกุล Surname															

* หมายเหตุ - กรณีกำหนดการเข้าร่วมการประกันภัยโดยมีระยะเวลาการออกขอ / ระยะเวลาทดลองงาน โปรดระบุวันที่เข้าทำงานของพนักงานทุกท่าน
 - If insurance participation is decided by the waiting / probation period, please provide 1st working date of all employees.

.....
 (.....)
 ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนาม พร้อมประทับตรา
 (Authorized Signature and Company Stamp)
 วันที่ (Date)/...../.....