บมจ. อลิอันซ์ อยุธยา ประกันชีวิต

Allianz Ayudhya Assurance Pcl.

แบบฟอร์มแจ้งรายชื่อผู้ขอเอาประกันชีวิตกลุ่ม (Enrollment Request Listing Form for Group Life Insurance)

ชื่อองค์กร (Organization Name) .....

กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนสมบูรณ์ด้วยตัวบรรจง (Please complete this form in BLOCK CAPITALS)

ลำดับ No.	คำนำหน้า Title	สมาชิกผู้มีสิทธิเข้าร่วม Eligible Members: ชื่อ Name	นามสกุล Surname	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 Indentify 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	ขั้น / ตำแหน่ง Grade / Position	วันที่เข้าทำงาน (พ.ศ.) 1st Working Date (B.E.) (DD/MM/YYYY)	หมายเหตุ Remarks

*** หมายเหตุ** - กรณีกำหนดการเข้าร่วมการประกันภัยโดยมีระยะเวลารอคอย / 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) ...../...../...../.....