บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

รายงาน พนักงาน / สมาชิก เพิ่มเติม / ลาออก / เปลี่ยนแผนหรือทุนประกัน

MEMBER ADDITION / TERMINATION / BENEFIT CHANGING REPORT

ผู้ทรงกรมธรรม์ : บริษัท.....จำกัด
Policy Owner

เลขที่กรมธรรม์ : GH.....
Policy Number

เดือน : มกราคม 2567
Month

ลำดับ (No.)	รหัสพนักงาน (Employee No.)	หมายเลขสมาชิก (Certificate No.)	รายชื่อพนักงาน / สมาชิก (Employees / Members' Name) ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย) คำนำหน้า	ชื่อ	นามสกุล	ชื่อ - สกุล (ภาษาอังกฤษ) Title	Name	Surname	เพศ Sex	หน่วยงาน (Division)	วัน เดือน ปีเกิด (Date of Birth) วัน (DD)	เดือน (MM)	ปี พ.ศ. (YYYY)	หมายเลขบัตรประชาชน (ID No.)	รายงานการเปลี่ยนสถานะ (List of Movement) เพิ่มเติม (Add)	ลาออก (Ter)	เปลี่ยน (Change)	วันที่มีผลบังคับ (Effective Date) วัน (DD)	เดือน (MM)	ปี พ.ศ. (YYYY)	วันที่เข้าทำงาน (Date of Employment) วัน (DD)	เดือน (MM)	ปี พ.ศ. (YYYY)	แผน (Plan)	เงินเดือน (Salary) (กรณีความคุ้มครองทุนประกันตามเท่าเงินเดือน)	เบอร์โทรมือถือ (Mobile)	อีเมล (E-mail)	ความสัมพันธ์ (Relationship) (พนักงาน,คู่สมรส,บุตร)	รหัสพนักงาน หรือ ชื่อ - สกุล สมาชิกหลัก (Employee ID or Members' Name)	ธนาคาร (Bank)	เลขบัญชีธนาคาร (Account no.)	ชื่อบัญชีธนาคาร (Account name)	หมายเหตุเพิ่มเติมของบริษัทฯ (Remark from BBMT)

ฝ่ายประกันชีวิตกลุ่ม โทร. 02-261-2300 ต่อ 1222, 1223, 1242
Update : พฤษภาคม 2567

วันรายงาน _____
Date of Report

รายงานโดย _____
Authorized Name

*** หมายเหตุ**

1. เงื่อนไขการแจ้งเข้าสมาชิกเพิ่มเติมระหว่างปี กธ. ย้อนหลังได้ไม่เกิน 30 วัน นับจากวันลูกค้าแจ้งให้บริษัทประกันทราบ
2. เงื่อนไขการแจ้งออก สมาชิกลาออกระหว่างปี กธ. ย้อนหลังได้ไม่เกิน 30 วัน นับจากวันลูกค้าแจ้งให้บริษัทประกันทราบ (กรณีแจ้งสมาชิกลาออก ต้องส่งบัตรคืนบริษัทประกันทันที)
3. กรณีการแจ้งเปลี่ยน ชื่อ-สกุล ขอให้แนบเอกสารหลักฐานการเปลี่ยน ชื่อ-สกุล ประกอบ
4. การแจ้ง Movement ขอให้ส่งเป็นไฟล์ Excel เท่านั้น
5. โปรดระบุข้อมูลให้ครบถ้วน (หมายเลขบัตรประชาชน , ชื่อธนาคาร, เลขที่บัญชี, ชื่อบัญชีธนาคาร ,เบอร์โทรศัพท์มือถือ และอีเมลของพนักงาน) ให้ครบถ้วนทุกครั้ง

อีเมลของพนักงาน เพื่อใช้ในการแจ้งผลการอนุมัติสินไหม

6. การแจ้งเข้าพนักงาน และครอบครัวพนักงานบางกรมธรรม์ หรือบางแผนประกันอาจต้องกรอกแบบฟอร์มใบคำขอ G003 และ แบบฟอร์ม มม.10 พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย เพื่อพิจารณารับประกัน
7. ช่องวัน/เดือน/ปี (เกิด) และ ช่องวันที่มีผลบังคับ = วันบันทึกเป็นเลข 2 หลัก, เดือนบันทึกเป็นเลข 2 หลัก, ปีบันทึกเลข 4 หลักเป็นปี พ.ศ. หรือ ปี ค.ศ ให้เหมือนกันทั้งหมด (วว/ดด/ปปปป)
8. ช่องหมายเลขบัตรประชาชน 13 หลัก, ช่องเลขที่บัญชี 10 หลัก (บางธนาคารอาจจะมีมากกว่า 10 หลัก เช่น ธนาคารออมสินและธนาคาร ธกส.), เบอร์โทรศัพท์ 10 หลัก = ให้บันทึกเลขติดกันโดยไม่มีสัญญลักษณ์กั้น
9. ช่องเพศ = M คือ เพศชาย, F คือ เพศหญิง
10. ในกรณีแจ้งเข้า บุตร หรือคู่สมรสของพนักงาน โปรดระบุว่าเป็นบุตร หรือคู่สมรสของพนักงานท่านใด โดยระบุรหัสพนักงานหรือ ชื่อ - สกุล ของพนักงานหลัก
11. เงินเดือน (สำหรับกรณีความคุ้มครองทุนประกันตามเท่าเงินเดือน)