

## แบบคำขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
เรียน คณะกรรมการกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ..... กลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏ.....ซึ่งจดทะเบียนแล้ว  
เฉพาะส่วนนายจ้าง.....มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.....  
โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....รหัสสมาชิก.....  
เกิดวันที่.....เลขที่บัตรประชาชน..... อีเมลล์.....  
หมายเลขโทรศัพท์มือถือ..... สังกัดบริษัท.....จำกัด  
ฝ่าย..... วันเริ่มงาน(วัน/เดือน/พ.ศ.)..... ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนสำรอง  
เลี้ยงชีพ.....ซึ่งจดทะเบียนแล้ว ("กองทุน") โดยข้าพเจ้าตกลงและผูกพันดังนี้

1. ข้าพเจ้าได้ทราบข้อบังคับกองทุนและสิทธิหน้าที่ของข้าพเจ้าเป็นอย่างดีแล้ว และข้าพเจ้าตกลงที่จะปฏิบัติตามข้อบังคับกองทุนทุกประการ
2. ข้าพเจ้าขอให้นายจ้างนำส่งเงินสะสมเข้ากองทุนตามอัตราที่กำหนดไว้ในข้อบังคับกองทุนโดยหักจากค่าจ้างของข้าพเจ้าเป็นประจำทุก ๆ เดือน ในอัตราเงินสะสมร้อยละ .....
3. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนากำหนดบุคคลผู้มีสิทธิได้รับเงินจากกองทุนในกรณีที่ข้าพเจ้าเสียชีวิต("ผู้รับประโยชน์") โดยขอให้จ่ายเงินจากกองทุนในส่วนของข้าพเจ้าให้แก่ผู้รับประโยชน์ ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ชื่อ.....	ส่วนแบ่งที่ได้รับ
เลขที่บัตรประชาชน.....ความสัมพันธ์.....	.....%
ที่อยู่.....	
โทรศัพท์มือถือ..... E-mail.....	
2. ชื่อ.....	ส่วนแบ่งที่ได้รับ
เลขที่บัตรประชาชน.....ความสัมพันธ์.....	.....%
ที่อยู่.....	
โทรศัพท์มือถือ..... E-mail.....	
3. ชื่อ.....	ส่วนแบ่งที่ได้รับ
เลขที่บัตรประชาชน.....ความสัมพันธ์.....	.....%
ที่อยู่.....	
โทรศัพท์มือถือ..... E-mail.....	
4. ชื่อ.....	ส่วนแบ่งที่ได้รับ
เลขที่บัตรประชาชน.....ความสัมพันธ์.....	.....%
ที่อยู่.....	
โทรศัพท์มือถือ..... E-mail.....	

รวมทั้งสิ้น 100%

ทั้งนี้ สัดส่วนการรับผลประโยชน์ของผู้รับผลประโยชน์ทุกคนรวมกันต้องเท่ากับ 100% ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ได้กำหนดสัดส่วนไว้ให้ถือว่าผู้รับประโยชน์ทุกคนมีสิทธิได้รับเงินจากกองทุนในสัดส่วนที่เท่าๆ กัน และในกรณีที่ข้าพเจ้าได้กำหนดสัดส่วนไว้ไม่ครบ 100% ให้นำสัดส่วนในส่วนที่เหลือที่ไม่ได้กำหนดไว้แบ่งให้แก่ผู้รับประโยชน์ทุกคนตามสัดส่วนที่กำหนดไว้ข้างต้น หรือในกรณีที่ข้าพเจ้าได้กำหนดสัดส่วนไว้เกิน 100% ให้นำส่วนที่เกินนั้นหักออกจากส่วนแบ่งที่ให้แก่ผู้รับประโยชน์ทุกคนตามสัดส่วนที่กำหนดไว้ข้างต้น

4. ในกรณีที่ผู้รับผลประโยชน์รายใดรายหนึ่งหรือหลายรายได้เสียชีวิต หรือศาลได้มีคำสั่งให้เป็นบุคคลสาบสูญก่อนที่ข้าพเจ้าจะเสียชีวิต หากข้าพเจ้าไม่ได้แจ้งเปลี่ยนแปลงผู้รับประโยชน์ไว้ ข้าพเจ้าขอให้นำส่วนของผู้รับประโยชน์ที่เสียชีวิตหรือที่ศาลมีคำสั่งให้เป็นคนสาบสูญดังกล่าวไปแบ่งเฉลี่ยให้แก่ผู้รับผลประโยชน์ตามข้อบังคับกองทุน หากไม่มีระบุให้นำไปแบ่งเฉลี่ยให้กับผู้รับประโยชน์ทุกรายที่ยังมีชีวิตอยู่ในสัดส่วนที่เท่าๆกัน

5. หากมีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผลประโยชน์ และ/หรือ สัดส่วนของผลประโยชน์ตามข้อ 3. ข้างต้นนั้น ข้าพเจ้าจะแจ้งให้คณะกรรมการกองทุนทราบเป็นลายลักษณ์อักษรตามแบบและวิธีการที่คณะกรรมการกองทุนกำหนด

6. ในการสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพตามแบบคำขอนี้ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) ในฐานะนายทะเบียนสมาชิกจะมีการเปิดเผย และ/หรือ ส่งข้อมูลของข้าพเจ้า และ/หรือ ของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าได้ระบุในแบบคำขอนี้ ให้แก่บริษัทจัดการ และ/หรือ กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อวัตถุประสงค์ในการให้บริการตามแบบคำขอนี้ โปรดอ่านเพิ่มเติมเกี่ยวกับประกาศนโยบายความเป็นส่วนตัวของธนาคาร และ/หรือ บริษัทจัดการ และ/หรือ กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ ที่เกี่ยวข้อง ที่เว็บไซต์ของธนาคาร และ/หรือ บริษัทจัดการ และ/หรือ กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ ดังกล่าว หรือ ช่องทางที่ธนาคาร และ/หรือ บริษัทจัดการ และ/หรือ กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ ดังกล่าวกำหนดไว้ ทั้งนี้ ในกรณีที่ข้าพเจ้าได้มีการให้ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่น ข้าพเจ้ามีหน้าที่แจ้งให้บุคคลดังกล่าวทราบถึงรายละเอียดการเก็บรวบรวม การใช้ และการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลและสิทธิตามประกาศนโยบายความเป็นส่วนตัวดังกล่าวด้วย

7. ธนาคาร และ/หรือ บริษัทจัดการ อาจมีการบันทึกบทสนทนาระหว่างข้าพเจ้ากับธนาคาร และ/หรือ ระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัทจัดการ และ/หรือ จัดเก็บ และ/หรือ บันทึก และ/หรือ ประมวลผลข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้า และ/หรือ รายการการใช้บริการ และ/หรือ การดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการของข้าพเจ้า เพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงและการให้บริการของธนาคาร และ/หรือ บริษัทจัดการ และเพื่อเป็นหลักฐานการบริการและรายการใช้บริการ โดยข้าพเจ้าตกลงและจะไม่โต้แย้งการใช้บันทึกการสนทนา และ/หรือ ข้อมูลดังกล่าวเป็นพยานหลักฐานอ้างอิงต่อข้าพเจ้าตามกฎหมาย

8. เพื่อประโยชน์ของข้าพเจ้า ธนาคาร และ/หรือ บริษัทจัดการ อาจส่งข้อมูลข่าวสารในเชิงพาณิชย์ เช่น ข้อมูลข่าวสารและบริการเกี่ยวกับกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ ข้อมูลการลงทุน เป็นต้น ไปยังที่อยู่อิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ เช่น E-mail Address และหมายเลขโทรศัพท์มือถือ เป็นต้น โดยข้าพเจ้าสามารถยกเลิกหรือปฏิเสธการรับข้อมูลดังกล่าวได้โดยติดต่อ SCB Call Center โทร. 02-777-7777 หรือตามช่องทางที่ธนาคารกำหนด (กรณียกเลิกหรือปฏิเสธการรับข้อมูลดังกล่าวจากธนาคาร) และ/หรือ ตามช่องทางที่บริษัทจัดการกำหนด (กรณียกเลิกหรือปฏิเสธการรับข้อมูลดังกล่าวจากบริษัทจัดการ)

โปรดอ่านเพิ่มเติมเกี่ยวกับประกาศนโยบายความเป็นส่วนตัวของธนาคารอย่างละเอียด เพื่อเข้าใจถึงวิธีการที่ธนาคารเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่านและสิทธิของท่านที่เว็บไซต์ของธนาคาร [www.scb.co.th](http://www.scb.co.th)

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

( )

หมายเหตุ กรรมการกองทุนโปรดเก็บเอกสารฉบับนี้ไว้เป็นหลักฐาน เพื่อใช้แนบประกอบการแจ้งพินสมาชิกภาพกรณีสมาชิกเสียชีวิต

คณะกรรมการกองทุนได้พิจารณาแบบคำขอของท่านแล้ว และเห็นสมควรอนุมัติให้เป็นสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพของบริษัทได้ โดยให้มีผลตั้งแต่วันที่.....

.....

(.....) (.....)

กรรมการกองทุน กรรมการกองทุน



**ใบสมัครสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ  
มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์**

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....รหัสพนักงาน.....  
ตำแหน่ง.....สังกัด/หน่วยงาน.....  
ประเภทของบุคลากร  พนักงานงบประมาณเงินรายได้  พนักงานงบประมาณแผ่นดิน  
 พนักงานราชการ  ลูกจ้างชั่วคราว  อื่นๆ.....

มีความประสงค์สมัครสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ โดยข้าพเจ้าประสงค์นำส่งเงินเข้ากองทุนสำรองเลี้ยงชีพ สะสมส่วนของตนเอง (ร้อยละ 2-15) อัตราร้อยละ..... และ สมทบส่วนของนายจ้าง (ร้อยละ 2-5) อัตราร้อยละ.....

ทั้งนี้ ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าได้ศึกษารายละเอียดข้อบังคับและประกาศของมหาวิทยาลัยแล้ว ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามการเป็นสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ ตามข้อบังคับกองทุนสำรองเลี้ยงชีพกลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏซึ่งจดทะเบียนแล้ว และแนบท้ายข้อบังคับมหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร  
(.....)  
วันที่.....

**บันทึกหน่วยงานต้นสังกัดเพื่อประกอบการสมัครกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ**

คำนำหน้า  นาย  นาง  นางสาว  ยศ/อื่นๆ.....  
ชื่อ-สกุล.....  
เป็นผู้รับผิดชอบงานการเงิน ของหน่วยงาน.....  
**รับทราบการสมัครเข้าร่วมกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ  
ของบุคลากรตามข้อมูลข้างต้นและไม่ส่งผลกระทบต่อ  
การบริหารงบประมาณการเบิกจ่ายของหน่วยงาน**  
  
ลงชื่อ.....  
(.....)  
ตำแหน่ง.....  
เจ้าหน้าที่การเงิน (คณะ/วิทยาลัย)  
วันที่.....

**ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาหน่วยงานต้นสังกัด**  
 เป็นผู้มีความรู้คุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม  
การเป็นสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ เห็นควร  
รับเข้าเป็นสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ  
 อื่นๆ.....  
  
ลงชื่อ.....  
(.....)  
ตำแหน่ง.....  
(คณบดี/ผู้อำนวยการศูนย์ สำนัก สถาบันและโรงเรียนสาธิต)  
วันที่.....