



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน

โทร.....

ที่.....

วันที่.....2567

เรื่อง ขอแจ้งชื่อสมาชิกในโครงการประกันชีวิต – อุบัติเหตุ – สุขภาพแบบกลุ่ม

เรียน ผู้อำนวยการสำนักบริหารทรัพยากรมนุษย์

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ตำแหน่ง.....

สังกัด (ส่วนงาน/หน่วยงาน).....

เป็นสมาชิกหลักในโครงการประกันชีวิต – อุบัติเหตุ – สุขภาพ แบบกลุ่ม ความคุ้มครองระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2567

ถึงวันที่ 30 กันยายน 2568 มีความประสงค์ขอสมัครให้บุคคลอื่นเข้าร่วมโครงการฯ เป็นสมาชิกสมทบ (สมัครใหม่)

โดยสมัครให้ชื่อ – นามสกุล.....มีความสัมพันธ์

เกี่ยวข้องเป็น

☐ ญาติตามสายโลหิต (โปรดระบุ เช่น ปู่ย่า ตายาย ลุงป้า น้าอา พี่น้อง หลาน).....

☐ บุตรที่อายุเกิน 23 ปี

☐ คู่ชีวิต (คู่ชีวิตที่เป็นเพศเดียวกัน)

โดยสมัครให้ใน โครงการประกันชีวิต – อุบัติเหตุ – สุขภาพ แบบกลุ่ม แก่บุคลากรและครอบครัว ความคุ้มครองเริ่ม ตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2567 จนถึงวันที่ 30 กันยายน 2568 ในแผนประกัน (สามารถสมัครให้กับสมาชิกสมทบในแผนประกันที่เท่ากันหรือน้อยกว่าสมาชิกหลัก)

☐ แผน แนะนำ 10,580 บาท ☐ แผน ประหยัด 6,400 บาท ☐ แผน Premium 19,970 บาท

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าวข้างต้นมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าจริง และยินยอมให้แจ้งชื่อเป็นสมาชิกสมทบผู้ได้รับความคุ้มครองในโครงการประกันฯ และได้แนบหลักฐานดังนี้

สำเนาบัตรประชาชน

☐ สมาชิกหลัก ☐ สมาชิกสมทบ ☐ บุคคลที่เกี่ยวข้องเพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ (โปรดระบุ).....

สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ สมาชิกหลัก ☐ สมาชิกสมทบ ☐ บุคคลที่เกี่ยวข้องเพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ (โปรดระบุ).....

และรูปถ่ายแสดงความสัมพันธ์เชิงประจักษ์ จำนวน 2 รูป (รูปถ่ายคู่และครอบครัว) กรณีคู่ชีวิต (คู่ชีวิตที่เป็นเพศเดียวกัน) ในการประกอบการสมัครโครงการประกันชีวิต – อุบัติเหตุ – สุขภาพ แบบกลุ่มแก่บุคลากรและครอบครัว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ผลการพิจารณา

☐ พิจารณาอนุมัติ

☐ พิจารณาไม่อนุมัติ

เนื่องจาก.....

.....

(นางสาวนุชรา ปานกรด)

ผู้อำนวยการสำนักบริหารทรัพยากรมนุษย์

วันที่.....

ลงชื่อ.....สมาชิกหลัก

(.....)

หนังสือให้ความยินยอม

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2567

ข้าพเจ้า.....

มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องเป็น ☐ ญาติตามสายโลหิต ☐ บุตรที่มีอายุเกิน 23 ปี ☐ คู่ชีวิต

ยินยอมให้ (นาย/นาง/นางสาว).....ซึ่งเป็นสมาชิกหลักในโครงการประกันชีวิต - อุบัติเหตุ - สุขภาพ แบบกลุ่ม แจ้งชื่อของข้าพเจ้าเป็นสมาชิกสมทบผู้ได้รับความคุ้มครองในโครงการประกันฯ ดังนี้

โดยสมัครให้ใน โครงการประกันชีวิต - อุบัติเหตุ - สุขภาพ แบบกลุ่ม แก่บุคลากรและครอบครัว ความคุ้มครองเริ่ม ตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2567 จนถึงวันที่ 30 กันยายน 2568 ในแผนประกัน (สามารถสมัครให้กับสมาชิกสมทบในแผนประกันที่เท่ากันหรือน้อยกว่าสมาชิกหลัก)

☐ แผน แนะนำ 10,580 บาท ☐ แผน ประหยัด 6,400 บาท ☐ แผน Premium 19,970 บาท

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)