



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน โทร.....
ที่..... วันที่.....2568

เรื่อง ขอแจ้งชื่อสมาชิกในโครงการประกันชีวิต - อุบัติเหตุ - สุขภาพแบบกลุ่ม

เรียน ผู้อำนวยการสำนักบริหารทรัพยากรมนุษย์

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ตำแหน่ง.....
สังกัด (ส่วนงาน/หน่วยงาน).....

เป็นสมาชิกหลักในโครงการประกันชีวิต - อุบัติเหตุ - สุขภาพ แบบกลุ่ม ความคุ้มครองระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568
ถึงวันที่ 30 กันยายน 2569 มีความประสงค์ขอสมัครให้บุคคลอื่นเข้าร่วมโครงการฯ เป็นสมาชิกสมทบ โดยสมัครให้
ชื่อ - นามสกุล.....มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องเป็น

- ☐ ญาติตามสายโลหิต (โปรดระบุ เช่น ปู่ย่า ตายาย ลุงป้า น้าอา พี่น้อง หลาน).....
☐ บุตรที่อายุเกิน 23 ปี ☐ คู่ชีวิต (คู่ชีวิตที่เป็นเพศเดียวกัน)

โดยสมัครให้ใน โครงการประกันชีวิต - อุบัติเหตุ - สุขภาพ แบบกลุ่ม แก่บุคลากรและครอบครัว
ความคุ้มครองเริ่ม ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2568 จนถึงวันที่ 30 กันยายน 2569 ในแผนประกัน (สามารถสมัครให้กับ
สมาชิกสมทบในแผนประกันที่เท่ากันหรือน้อยกว่าสมาชิกหลักและสมัครได้เพียง 1 สิทธิ เท่านั้น)

- ☐ แผน Premium ค่าเบี้ย 23,980 บาท
☐ แผน เน้นน้ำ ค่าเบี้ย 12,705 บาท
☐ แผน ประหยัด ค่าเบี้ย 7,685 บาท

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าวข้างต้นมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าจริง และยินยอมให้แจ้งชื่อ
เป็นสมาชิกสมทบผู้ได้รับความคุ้มครองในโครงการประกันฯ และได้แนบหลักฐานดังนี้

สำเนาบัตรประชาชน

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

สำเนาทะเบียนบ้าน

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

และรูปถ่ายแสดงความสัมพันธ์เชิงประจักษ์ จำนวน 2 รูป (รูปถ่ายคู่และครอบครัว) กรณีคู่ชีวิต (คู่ชีวิตที่เป็น
เพศเดียวกัน) ในการประกอบการสมัครโครงการประกันชีวิต - อุบัติเหตุ - สุขภาพ แบบกลุ่มแก่บุคลากรและ
ครอบครัว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ผลการพิจารณา

- ☐ พิจารณาอนุมัติ
☐ พิจารณาไม่อนุมัติ

เนื่องจาก.....

.....

(นางสาวนุชรา ปานกรด)

ผู้อำนวยการสำนักบริหารทรัพยากรมนุษย์

วันที่.....

ลงชื่อ.....สมาชิกหลัก
(.....)

หนังสือให้ความยินยอม

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2568

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 ตุลาคม 2568 จนถึงวันที่ 30 กันยายน 2569 ในแผนประกัน (สามารถสมัครให้กับสมาชิกสมทบในแผนประกันที่เท่ากันหรือน้อยกว่าสมาชิกหลักและสมัครได้เพียง 1 สิทธิ เท่านั้น)

☐ แผน Premium ค่าเบี้ย 23,980 บาท

☐ แผน แนะนำ ค่าเบี้ย 12,705 บาท

☐ แผน ประหยัด ค่าเบี้ย 7,685 บาท

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

