



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน โทร.....
ที่..... วันที่.....2566
เรื่อง ขอแจ้งชื่อสมาชิกในโครงการประกันชีวิต – อุบัติเหตุ – สุขภาพแบบกลุ่ม

เรียน ผู้อำนวยการสำนักบริหารทรัพยากรมนุษย์

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ตำแหน่ง.....
สังกัด (ส่วนงาน/หน่วยงาน).....
เป็นสมาชิกหลักในโครงการประกันชีวิต – อุบัติเหตุ – สุขภาพ แบบกลุ่ม ความคุ้มครองระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2566
ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2567 มีความประสงค์ขอสมัครให้บุคคลอื่นเข้าร่วมโครงการฯ เป็นสมาชิกสมทบ
โดยสมัครให้ชื่อ – นามสกุล.....
มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องเป็น

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

โดยสมัครให้

โครงการประกันชีวิต – อุบัติเหตุ – สุขภาพ แบบกลุ่ม แก่บุคลากรและครอบครัว ความคุ้มครองเริ่ม
ตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2566 จนถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2567 ในแผนประกัน (สามารถสมัครให้กับสมาชิกสมทบใน
แผนประกันที่เท่ากันหรือน้อยกว่าสมาชิกหลัก)

- แผน 1 11,000 บาท (OPD เหมาะจ่าย)
- แผน 2 10,300 บาท (OPD เหมาะจ่าย)
- แผน 3 7,700 บาท (OPD เหมาะจ่าย)
- แผน 4 5,300 บาท (OPD เหมาะจ่าย)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าวข้างต้นมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าจริง และยินยอมให้แจ้งชื่อ
เป็นสมาชิกสมทบผู้ได้รับความคุ้มครองในโครงการประกันฯ และได้แนบสำเนาบัตรประชาชน และสำเนา
ทะเบียนบ้านของข้าพเจ้าและสมาชิกสมทบ รวมถึงบุคคลที่เกี่ยวข้องเพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ ในการ
ประกอบการสมัครโครงการประกันชีวิต – อุบัติเหตุ – สุขภาพ แบบกลุ่มแก่บุคลากรและครอบครัว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ผลการพิจารณา

- พิจารณาอนุมัติ
 - พิจารณาไม่อนุมัติ
- เนื่องจาก.....
.....

(นางสาวนุชรา ปานกรต)

ผู้อำนวยการสำนักบริหารทรัพยากรมนุษย์
วันที่.....

ลงชื่อ.....สมาชิกหลัก
(.....)

หนังสือให้ความยินยอม

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2566

ข้าพเจ้า.....

มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับ ญาติตามสายโลหิต บุตรที่มีอายุเกิน 23 ปี คู่ชีวิต

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

โครงการประกันชีวิต - อุบัติเหตุ - สุขภาพ แบบกลุ่ม แก่บุคลากรและครอบครัว ความคุ้มครองเริ่มตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2566 จนถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2567 ในแผนประกัน (สามารถสมัครให้กับสมาชิกสมทบในแผนประกันที่เท่ากันหรือน้อยกว่าสมาชิกหลัก)

- แผน 1 11,000 บาท (OPD เหมาะจ่าย)
- แผน 2 10,300 บาท (OPD เหมาะจ่าย)
- แผน 3 7,700 บาท (OPD เหมาะจ่าย)
- แผน 4 5,300 บาท (OPD เหมาะจ่าย)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)