

ตัวอย่างการกรอก
ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ

Provident Fund Form: KA-FE_M101

แบบใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพและแต่งตั้งผู้รับประโยชน์			วันที่
กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ	เค มาสเตอร์ พูล พันธุ์	ซึ่งจดทะเบียนแล้ว	รหัสกองทุน
เฉพาะส่วนนายจ้าง	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา		เลขที่นายจ้าง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน คณะกรรมการกองทุน

ข้าพเจ้า (โปรดระบุตำแหน่ง)นางสาวใจดี.....นามสกุล.....มีพร้อม.....รหัสพนักงาน.....888888.....

แผนก.....หลักสูตรการบัญชี.....สาขา.....คณะบริหารธุรกิจและศิลปศาสตร์ เชียงใหม่

ขอแจ้งความประสงค์ดังนี้

ข้าพเจ้าประสงค์จะสมัครเข้าเป็นสมาชิก กองทุนสำรองเลี้ยงชีพเค มาสเตอร์ พูล พันธุ์.....ซึ่งจดทะเบียนแล้ว (ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า “กองทุน”) และข้าพเจ้ายินยอมให้นายจ้างหักเงินเดือน / ค่าจ้างของข้าพเจ้าตามอัตราที่ข้อบังคับกองทุนกำหนด เพื่อนำส่งเข้ากองทุนภายใต้นโยบายการลงทุนที่กองทุนกำหนด โดยข้าพเจ้ารับทราบและตกลงว่าการนำส่งเงินเข้ากองทุนครั้งแรกจะเริ่มนับตั้งแต่วันที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุนหรือผู้ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการกองทุน ให้เข้าเป็นสมาชิกเป็นต้นไป และในกรณีที่ข้าพเจ้ามีเงินและ/หรือทรัพย์สินที่โอนมาจากกองทุนสำรองเลี้ยงชีพอื่น ข้าพเจ้าประสงค์ให้โอนเงินและ/หรือทรัพย์สินดังกล่าวเข้ามายังกองทุน

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจข้อกำหนดต่างๆ ในข้อบังคับของกองทุนแล้ว และข้าพเจ้าตกลงที่จะปฏิบัติตามข้อกำหนดต่างๆ ในข้อบังคับกองทุน ทั้งที่มีผลใช้บังคับอยู่ในปัจจุบันและที่จะได้มีการแก้ไขเปลี่ยนแปลง เพิ่มเติมในภายหน้าทุกประการ

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะแต่งตั้งผู้รับประโยชน์ไว้ โดยเมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรม ให้จ่ายเงินตามจำนวนที่ข้าพเจ้ามีสิทธิจะได้รับจากกองทุนให้แก่บุคคลผู้มีชื่อเป็นผู้รับผลประโยชน์ ดังต่อไปนี้ โดยให้มีผลใช้บังคับกับเงินที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับจากกองทุนสำรองเลี้ยงชีพทุกกองทุนและทุกนโยบายการลงทุนที่ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกภายใต้ นายจ้างรายนี้ซึ่งข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิกอยู่แล้วในเวลานี้และ/หรือที่ข้าพเจ้าจะได้เข้าเป็นสมาชิกภายหลังจากวันที่ทำหนังสือฉบับนี้ ทั้งนี้ เว้นแต่ข้าพเจ้าจะมีหนังสือกำหนดเกี่ยวกับการแต่งตั้งผู้รับประโยชน์และเงื่อนไขการจ่ายเงินดังกล่าวไว้เป็นอย่างอื่น

ตำแหน่ง- ชื่อ-นามสกุล ผู้รับประโยชน์	ที่อยู่ที่สามารถติดต่อผู้รับประโยชน์พร้อมหมายเลขโทรศัพท์	สัดส่วน (เฉพาะกรณีระบุเงื่อนไขจ่ายตามสัดส่วน)
1. นายxxxxx xxxxxx	บ้านเลขที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....	%
2. นายxxxxx xxxxxx	บ้านเลขที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....	%
3.		%
รวม		100%

เงื่อนไขการจ่ายเงินแก่ผู้รับประโยชน์ (ให้สมาชิกระบุข้อใดข้อหนึ่ง และในกรณีเลือก () อื่นๆ ให้ระบุเงื่อนไขการจ่ายเงินด้วย)

- () จ่ายตามส่วนเท่าๆ กัน
() จ่ายตามสัดส่วนที่ระบุไว้ในตารางด้านบน
() จ่ายตามลำดับก่อนหลัง

อนึ่ง ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ได้ระบุเงื่อนไขการจ่ายเงินแก่ผู้รับประโยชน์ไว้ หรือเงื่อนไขที่กำหนดไว้ไม่ชัดเจนหรืออาจตีความได้หลายนัย ข้าพเจ้าประสงค์ให้กองทุนจัดสรรให้แก่ผู้รับประโยชน์ตามส่วนเท่า ๆ กัน

ในกรณีที่ผู้รับประโยชน์คนใดถึงแก่กรรมก่อนหรือถึงแก่กรรมพร้อมกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าประสงค์ให้นำส่วนของผู้รับประโยชน์ที่ถึงแก่กรรมนั้นจัดสรรให้แก่ผู้รับประโยชน์ที่ยังมีชีวิตอยู่ตามเงื่อนไขการจ่ายเงินแก่ผู้รับประโยชน์ที่ระบุไว้ข้างต้น

อนุมัติให้เข้าเป็นสมาชิกกองทุนได้

.....

(.....)

กรรมการกองทุนผู้มีอำนาจลงนาม / ผู้ได้รับมอบหมาย

วันที่อนุมัติ/...../.....

ขอแสดงความนับถือ

ลงลายมือชื่อ ผู้สมัคร

..... ลงชื่อผู้สมัคร

(ชื่อ-สกุล เขียนตัวบรรจง)