ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (คณะแพทยศาสตร์)

ข้าพเจ้า ชื่อ นาย/ นาง/ นางสาว .....นามสกุล.....

เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ..... เลขประจำตัวประชาชน ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐

ที่อยู่ปัจจุบัน.....โทร.....

สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ อื่น ๆ.....

ประเภทบุคลากร

☐ พนักงานมหาวิทยาลัย (คณะแพทยศาสตร์) ☐ พนักงานเงินรายได้ประเภทประจำ

☐ พนักงานเงินรายได้ประเภทชั่วคราว ☐ ลูกจ้างชั่วคราว ฯ

หน่วยงานที่สังกัด..... ตำแหน่ง.....

บรรจุเข้าทำงานวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....อัตราเงินเดือน ณ วันที่สมัครเป็นสมาชิก.....

สมาชิกประสงค์จ่ายเงินสะสมเข้ากองทุนร้อยละ ..... **(สมาชิกสะสมได้ตั้งแต่ร้อยละ 3-15) ในส่วนของนายจ้างยังคงจ่ายสบทบตามอายุการเป็นสมาชิกกองทุนฯ (ตามข้อบังคับเดิม)**

เลือกนโยบาย/แผนการลงทุน

☐ **แผน 1 ตราสารหนี้ 100%**

☐ **แผน 2 ผสมหุ้น 10%**

☐ **แผน 3 ผสมหุ้น 25%**

☐ **แผน 4 ผสมหุ้น และ FIF 25%**

☐ **แผน 5 ตราสารหนี้ 60% และ หุ้น 40%**

☐ **แผน 6 ตราสารหนี้ 60% หุ้นไทย 25% FIF 15%**

☐ **แผน 7 ตราสารหนี้ .....% และ หุ้นไทย .....% และ FIF .....%**

***** <u>โปรดแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมใบสมัครนี้ด้วย</u>*****

ข้าพเจ้าขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์จัดตั้งขึ้นและยินยอมให้หักเงินเดือน/ค่าจ้างเพื่อจ่ายเป็นเงินสะสมเข้ากองทุนฯ ในแต่ละเดือนในวันที่มีการจ่ายเงินเดือน/ค่าจ้างทุกครั้ง ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจระเบียบข้อบังคับของกองทุนสำรองเลี้ยงชีพพนักงานของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์แล้วและยินยอมปฏิบัติตามทุกประการ

ในการบริหารกองทุน ข้าพเจ้ามอบอำนาจให้มหาวิทยาลัยและคณะกรรมการกองทุนเป็นผู้ดำเนินการแทนข้าพเจ้า การกระทำใด ๆ ของมหาวิทยาลัยและคณะกรรมการกองทุนตามระเบียบกองทุนให้ถือเสมือนว่าข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำเองทั้งสิ้น

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ ผู้ที่ยื่นใบสมัครภายในวันที่ 10 ของแต่ละเดือน สิทธิในสมาชิกภาพจะเริ่มต้นตั้งแต่วันที่ 1 ของเดือนนั้น
สำหรับผู้ที่ยื่นใบสมัครหลังวันที่ 10 ของแต่ละเดือน สิทธิในสมาชิกภาพจะเริ่มตั้งแต่วันที่ 1 ของเดือนถัดไป

แบบแสดงเจตนาระบุผู้รับประโยชน์
กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (คณะแพทยศาสตร์)

เขียนที่.....
วันที่.....

ข้าพเจ้า.....บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....
ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....โทร.....

☐ ขอแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับประโยชน์จากกองทุน

☐ ขอเปลี่ยนแปลงผู้รับประโยชน์จากกองทุน โดยยกเลิกหนังสือแสดงเจตนาฉบับเดิม

เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ข้าพเจ้าประสงค์ให้จ่ายเงินกองทุนแก่บุคคลดังมีรายชื่อ
ดังต่อไปนี้

1.....เกี่ยวข้องเป็น.....ให้ได้รับจำนวน.....ส่วน
ที่อยู่.....โทร.....
2.....เกี่ยวข้องเป็น.....ให้ได้รับจำนวน.....ส่วน
ที่อยู่.....โทร.....
3.....เกี่ยวข้องเป็น.....ให้ได้รับจำนวน.....ส่วน
ที่อยู่.....โทร.....

กรณีที่ข้าพเจ้าไม่ได้กำหนดสัดส่วนไว้ไม่ชัดเจนให้ถือว่าทุกคนมีสิทธิ์ได้รับในสัดส่วนที่เท่ากัน และในกรณีที่ผู้รับผลประโยชน์คนใดถึงแก่กรรมไปก่อนให้นำส่วนแบ่งของบุคคลนั้นจัดสรรให้แก่ผู้รับผลประโยชน์ที่ยังคงมีชีวิตอยู่ตามสัดส่วนที่แต่ละคนจะได้รับ

ลงชื่อ.....สมาชิกกองทุน
(.....)
ลงชื่อ.....พยาน
(.....)
ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หมายเหตุ : (เอกสารฉบับนี้จะส่งให้ผู้จัดการกองทุนในกรณีที่สมาชิกเสียชีวิตเท่านั้น พร้อมกับให้แนบเอกสารใบมรณะบัตรของสมาชิกด้วย)