



# บันทึกข้อความ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 6

ส่วนงาน .....

โทร.....

ที่

วันที่.....

เรื่อง ขอแจ้งข้อสมาชิกในโครงการประกันชีวิต - อุบัติเหตุ - สุขภาพแบบกลุ่ม

เรียน ผู้อำนวยการสำนักบริหารทรัพยากรมนุษย์

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

สังกัด (ส่วนงาน/หน่วยงาน).....

เป็นสมาชิกหลักในโครงการประกันชีวิต - อุบัติเหตุ - สุขภาพแบบกลุ่ม ความคุ้มครองระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2565 ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2566 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 ความคุ้มครองเริ่มตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2565 จนถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2566 ในแผนประกัน (สามารถสมัครให้กับสมาชิกสมทบในแผนประกันที่เท่ากับหรือน้อยกว่าสมาชิกหลัก)

- ☐ แผน 1 8,370 บาท (OPD เหม่าจ่าย)
- ☐ แผน 2 7,560 บาท (OPD เหม่าจ่าย)
- ☐ แผน 5 5,800 บาท (OPD เหม่าจ่าย)
- ☐ แผน 6 4,020 บาท (OPD เหม่าจ่าย)
- ☐ แผน 7 4,080 บาท (OPD รายครั้ง)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าวข้างต้นมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าจริง และยินยอมให้แจ้งชื่อเป็นสมาชิกสมทบผู้ได้รับความคุ้มครองในโครงการประกันฯ และได้แนบสำเนาบัตรประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของข้าพเจ้าและสมาชิกสมทบ รวมถึงบุคคลที่เกี่ยวข้อง เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ในการประกอบการสมัครโครงการประกันชีวิต- อุบัติเหตุ - สุขภาพ แบบกลุ่มแก่บุคลากรและครอบครัว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ผลการพิจารณา

- ☐ พิจารณาอนุมัติ
- ☐ พิจารณาไม่อนุมัติ

เนื่องจาก.....

(ผู้อำนวยการสำนักบริหารทรัพยากรมนุษย์)

วันที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)

## หนังสือให้ความยินยอม

เขียนที่.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2565

ข้าพเจ้า.....  
มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับ ☐ ญาติตามสายโลหิต ☐ บุตรที่มีอายุเกิน 23 ปี ☐ คู่ชีวิต

ยินยอมให้ นาย/นาง/นางสาว.....ซึ่งเป็นสมาชิกหลักในโครงการประกันชีวิต - อุบัติเหตุ - สุขภาพแบบกลุ่ม แจ้งชื่อของข้าพเจ้าเป็นสมาชิกสมทบผู้ได้รับความคุ้มครองในโครงการประกันฯ ดังนี้

☐ โครงการประกันชีวิต - อุบัติเหตุ - สุขภาพ แบบกลุ่ม แก่บุคลากรและครอบครัว ความคุ้มครองเริ่มตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2565 จนถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2566 ในแผนประกัน (สามารถสมัครให้กับสมาชิกสมทบในแผนประกันที่เท่ากับหรือน้อยกว่าสมาชิกหลัก)

- ☐ แผน 1 8,370 บาท (OPD เหม่าจ่าย)
- ☐ แผน 2 7,560 บาท (OPD เหม่าจ่าย)
- ☐ แผน 5 5,800 บาท (OPD เหม่าจ่าย)
- ☐ แผน 6 4,020 บาท (OPD เหม่าจ่าย)
- ☐ แผน 7 4,080 บาท (OPD รายครั้ง)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)



