

**ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกและแต่งตั้งผู้รับประโยชน์**  
**กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ เค มาสเตอร์ พูล ฟันด์ ซึ่งจดทะเบียนแล้ว**  
**ในส่วนของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ**  
 (เพื่อประโยชน์ของท่าน โปรดกรอกข้อความด้วยตัวบรรจงและชัดเจน)

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

เรียน คณะกรรมการกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ เค มาสเตอร์ พูล ฟันด์ ซึ่งจดทะเบียนแล้ว  
 ในส่วนของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว, อื่นๆ ..... ) ชื่อ - สกุล.....  
 วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../.....อายุ.....ปี ตำแหน่ง.....  
 สังกัด คณะ/สถาบัน/สำนัก/กอง..... มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ  
 วันที่เริ่มปฏิบัติหน้าที่ ...../...../..... เลขที่ประจำตัวประชาชน.....  
 อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ตำบล/แขวง.....  
 อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
 หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้..... สถานภาพ  โสด  สมรส  หม้าย  
 คู่สมรสชื่อ นาย/นาง..... อาชีพ..... จำนวนบุตร.....คน

ข้าพเจ้าขอสมัครเข้าเป็นสมาชิก กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ เค มาสเตอร์ พูล ฟันด์ ซึ่งจดทะเบียนแล้ว ในส่วนของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ (ซึ่งต่อไปจะเรียกว่า “กองทุน”) โดยตกลงที่จะปฏิบัติตามข้อบังคับกองทุนที่มีอยู่แล้ว และที่จะได้แก้ไขเปลี่ยนแปลงเพิ่มเติมต่อไปอย่างเคร่งครัด และข้าพเจ้าขอรับรองว่านอกเหนือจากสิทธิประโยชน์ที่ข้าพเจ้าพึงได้รับตามข้อบังคับกองทุนแล้ว ข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องสิทธิใดๆ จากกองทุนอีก

ข้าพเจ้ายินยอมให้มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิหักเงินเดือน/ค่าตอบแทนของข้าพเจ้าตามอัตราที่ข้อบังคับกองทุนกำหนด เพื่อนำส่งให้กองทุนตลอดระยะเวลาที่ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกกองทุน โดยเริ่มต้นตั้งแต่วันที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุนให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกเป็นต้นไป

ข้าพเจ้าขอยืนยัน ได้รับทราบและเข้าใจข้อกำหนดต่าง ๆ ในข้อบังคับของกองทุนแล้ว และข้าพเจ้าตกลงที่จะปฏิบัติตามข้อกำหนดต่าง ๆ ในข้อบังคับกองทุน ทั้งที่มีผลใช้บังคับอยู่ในปัจจุบันและที่จะได้มีการแก้ไขเปลี่ยนแปลง เพิ่มเติมในภายหน้าทุกประการ

ในการสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพในส่วนของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิครั้งนี้ ข้าพเจ้าขอแจ้งให้มหาวิทยาลัยหักค่าจ้างรายเดือนใน **\*อัตราร้อยละ.....(%)** ของค่าจ้างเพื่อสะสมเข้ากองทุนสำรองเลี้ยงชีพ

และในปีต่อไปถ้าหากข้าพเจ้ามีความประสงค์จะเปลี่ยนแปลงอัตราเงินสะสม ข้าพเจ้าจะแจ้งต่อคณะกรรมการกองทุนเฉพาะส่วนภายในวันที่ 30 พฤศจิกายน ของปีก่อนที่จะมีผลบังคับใช้ ถ้าไม่มีการแจ้งขอให้หักในอัตราเดิมและใช้แผนการลงทุนเดิมในปีต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร  
 (.....)

**การอนุมัติ**

คณะกรรมการกองทุนมีมติอนุมัติให้เป็นสมาชิกตั้งแต่วันที่...../...../.....  
 .....  
 ( ) ( )  
 กรรมการกองทุนเฉพาะส่วนฝ่ายนายจ้าง กรรมการกองทุนเฉพาะส่วนฝ่ายสมาชิก

หมายเหตุ \*สมาชิกจ่ายเงินสะสมในอัตราไม่ต่ำกว่าร้อยละ 3 แต่ไม่เกินร้อยละ 15 ของค่าจ้าง โดยกำหนดเป็นจำนวนเต็ม

**หนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับประโยชน์**  
**กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ เค มาสเตอร์ พูล ฟันด์ ซึ่งจดทะเบียนแล้ว**  
**ในส่วนของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ**  
(เพื่อประโยชน์ของท่าน โปรดกรอกข้อความด้วยตัวบรรจงและชัดเจน)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....รหัสประจำตัวประชาชนเลขที่.....  
ตำแหน่ง.....สังกัด คณะ/สถาบัน/สำนัก/กอง.....  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ

ขอแจ้งรายชื่อบุคคลผู้มีความหมายต่อไปนี้เป็นผู้รับประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับตามสิทธิจากกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ตามส่วนที่ได้ระบุไว้ ดังต่อไปนี้

1. ชื่อผู้รับประโยชน์.....เกี่ยวข้องเป็น.....  
ที่อยู่.....  
หมายเลขโทรศัพท์.....ให้ได้รับส่วนแบ่งคิดเป็นร้อยละ.....
2. ชื่อผู้รับประโยชน์.....เกี่ยวข้องเป็น.....  
ที่อยู่.....  
หมายเลขโทรศัพท์.....ให้ได้รับส่วนแบ่งคิดเป็นร้อยละ.....
3. ชื่อผู้รับประโยชน์.....เกี่ยวข้องเป็น.....  
ที่อยู่.....  
หมายเลขโทรศัพท์.....ให้ได้รับส่วนแบ่งคิดเป็นร้อยละ.....
4. ชื่อผู้รับประโยชน์.....เกี่ยวข้องเป็น.....  
ที่อยู่.....  
หมายเลขโทรศัพท์.....ให้ได้รับส่วนแบ่งคิดเป็นร้อยละ.....

อนึ่ง ข้าพเจ้ารับทราบว่า ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ได้ระบุเงื่อนไขไว้ หรือเงื่อนไขที่กำหนดไว้ไม่ชัดเจนหรืออาจตีความได้หลายนัย ให้กองทุนจัดสรรให้แก่ผู้รับผลประโยชน์ตามสัดส่วนเท่าๆ กัน และสำหรับในกรณีเป็นการจ่ายตามส่วนเท่าๆ กัน ถ้าผู้รับผลประโยชน์คนใดคนหนึ่งถึงแก่กรรม กองทุนจะกระจายให้แก่ผู้รับผลประโยชน์ที่ยังมีชีวิตอยู่ตามส่วนเท่าๆ กัน

เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย การจ่ายเงินซึ่งข้าพเจ้ามีสิทธิให้แก่ผู้รับประโยชน์ตามที่ระบุไว้ข้างต้นนี้ ถือว่าเป็นการชำระเงินส่วนของข้าพเจ้าจากกองทุนฯ แล้ว ถูกต้องทุกประการ

ลงชื่อ.....สมาชิก (ผู้แสดงเจตนา)

(.....)