|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ** | **Eastspring M Choice** | **ซึ่งจดทะเบียนแล้ว** |
|  **เฉพาะส่วน** | **บริษัท ……………………………………………..…… จำกัด** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| วัน/เดือน/ปี |  |

 |
| ]เรียน คณะกรรมการกองทุน  |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ข้าพเจ้า ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย) I Name-Surname (Thai) |

|  |
| --- |
|  |

 |
|  |
|  ชื่อ-นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Name-Surname (Eng) |

|  |
| --- |
|  |

 |
|  รหัสสมาชิก  |

|  |
| --- |
|  |

 |

 |
| มีความประสงค์ขอสมัครเป็นสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ  |

|  |
| --- |
| **Eastspring** M Choice |

 | ซึ่งจดทะเบียนแล้ว  |
|  ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อบังคับของกองทุนโดยตลอดแล้ว ข้าพเจ้ารับรองและให้สัญญาต่อคณะกรรมการกองทุนว่าจะปฏิบัติตามข้อบังคับกองทุนบรรดาที่มีอยู่แล้ว และที่จะได้เพิ่มเติมหรือแก้ไขโดยชอบในภายหลังอย่างเคร่งครัด ตลอดจนปฏิบัติตามคำชี้ขาดของคณะกรรมการกองทุนในปัญหาเกี่ยวกับการเป็นสมาชิกกองทุน และการตีความข้อบังคับกองทุนรวมทั้งการใช้ข้อบังคับกองทุนทุกประการ |
| **🞂 ที่อยู่ปัจจุบัน / CURRENT ADDRESS** |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| เลขที่No. |  | อาคาร/หมู่บ้านBuilding/Mooban |  | ซอยSoi |  | ถนนRoad |  | แขวง-ตำบลSub-district |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| เขต/อำเภอ District  |  | จังหวัดProvince  |  | ประเทศ Country |  | รหัสไปรษณีย์Zip Code |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| โทรศัพท์Telephone |  | โทรศัพท์มือถือ Mobile Phone  |  | โทรสาร Fax |  | Email Address |  |

 |
| 🞂 **เอกสารแสดงความมีตัวตน / Personal Identification** |
| **ผู้สมัครที่เป็นบุคคลธรรมดาสัญชาติไทย / Applicant with Thai Citizenship** * **บัตรประชาชน/National ID Card**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| เลขที่No. |  | ออกโดยIssued by |  | วันออกบัตรIssued Date |  | วันหมดอายุExpiry Date |  |

(dd/mm/yyyy) (dd/mm/yyyy) □ **บัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/Government Employee/State Enterprise Employee ID Card**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| เลขที่No. |  | ออกโดยIssued by |  | วันออกบัตรIssued Date |  | วันหมดอายุExpiry Date |  |

(dd/mm/yyyy) (dd/mm/yyyy)**-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------****ผู้สมัครที่เป็นบุคคลธรรมดาต่างชาติ / Applicant with Foreign Citizenship** * **หนังสือเดินทาง** / Passport

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| เลขที่No. |  | ออกโดยIssued by |  | วันออกบัตรIssued Date |  | วันหมดอายุExpiry Date |  |

(dd/mm/yyyy) (dd/mm/yyyy)**-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------****ข้อมูลอื่นๆ / Other Information**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| วันเดือนปีเกิด / Date of Birth : |  | อายุAge  |  | ปี Years |  สัญชาติCitizenship |  |

 dd/mm/yyyy) เพศ /Sex : □ ชาย □ หญิง  Male Femaleสถานภาพสมรส /Marital Status : □ โสด □ สมรส □ หย่า □ หม้าย  Single Married Divorced Widow  |
| 🞂 **ข้อตกลงในการสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุน /**  |
|

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ความเห็นของคณะกรรมการกองทุน

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 🞎 อนุมัติให้เข้าเป็นสมาชิกกองทุน โดยมีผลตั้งแต่วันที่ |  | เป็นต้นไป |

|  |  |
| --- | --- |
| 🞎 ไม่อนุมัติเพราะ |  |

 x -------------------------------------------------------- กรรมการผู้มีอำนาจลงนามแทนกองทุน |  โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอให้ความยินยอมให้นายจ้างหักเงินเดือนของข้าพเจ้าทุกเดือน ตั้งแต่เดือน .......................... เป็นต้นไปตลอดเวลาที่ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกกองทุน โดยขอนำส่งเงินสะสมในอัตราร้อยละ ............ ของค่าจ้าง ตามอัตราที่ระบุไว้ในข้อบังคับกองทุน เพื่อนำส่งเข้ากองทุนเป็นเงินสะสมของข้าพเจ้าต่อไป นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอรับรองว่า นอกจากสิทธิประโยชน์ที่ข้าพเจ้าพึงได้รับตามข้อบังคับกองทุนแล้ว ข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องสิทธิประโยชน์อื่นใดจากกองทุนอีก ข้าพเจ้าขอรับรองว่า บรรดารายละเอียดที่แจ้งต่อคณะกรรมการกองทุนเป็นความจริงทุกประการ x -------------------------------------------------------- ลายมือผู้สมัคร / APPLICANT’S SIGNATURE |

 |