

แบบฟอร์มขอรับสิทธิประโยชน์
กองทุนช่วยเหลือสมาชิกและครอบครัวกรณีเสียชีวิต

ผู้รับเอกสาร.....
รับวันที่...../...../.....
เวลา.....

เขียนที่.....
วันที่.....

เรียน คณะกรรมการ กองทุนช่วยเหลือสมาชิกและครอบครัวกรณีเสียชีวิต

เรื่อง ขอรับสิทธิประโยชน์กองทุนช่วยเหลือสมาชิกและครอบครัวกรณีเสียชีวิต บริษัท.....จำกัด

กรณีครอบครัวสมาชิกกองทุนฯ เสียชีวิต

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว.....นามสกุล.....รหัสพนักงาน.....
แผนก.....ฝ่าย.....ห้อง.....สาขา.....

ข้าพเจ้าขอรับเงินช่วยเหลือในกรณีครอบครัวสมาชิกกองทุนฯ เสียชีวิต

ผู้เสียชีวิตชื่อ นาย / นาง / นางสาว.....นามสกุล.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า

กรณีตัวสมาชิกกองทุนฯ เสียชีวิต

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว.....นามสกุล.....เกี่ยวข้องกับ.....ของสมาชิกฯ

ข้าพเจ้าขอรับเงินช่วยเหลือในกรณีสมาชิกกองทุนฯ เสียชีวิต ซึ่งสมาชิกกองทุนฯ เป็นบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า

สมาชิกที่เสียชีวิตชื่อ นาย / นาง / นางสาว.....นามสกุล.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า

ทั้งนี้ข้าพเจ้าจะนำเงินช่วยเหลือแบ่งตามสัดส่วนผลประโยชน์ ที่ผู้เสียชีวิตได้บันทึกไว้ในใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนฯ

กรณีตัวสมาชิกกองทุนฯ ทุพพลภาพถาวร

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว.....นามสกุล.....เกี่ยวข้องกับ.....ของสมาชิกฯ

ข้าพเจ้าขอรับเงินช่วยเหลือในกรณีสมาชิกกองทุนฯ ทุพพลภาพถาวร ซึ่งสมาชิกกองทุนฯ เป็นบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า

สมาชิกกองทุนฯ นาย / นาง / นางสาว.....นามสกุล.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า

ทั้งนี้ข้าพเจ้าจะนำเงินช่วยเหลือจากกองทุนฯ ไปช่วยเหลือเรื่องความเป็นอยู่ของสมาชิกฯต่อไป

เอกสารประกอบการพิจารณาขอรับสิทธิประโยชน์

- ใบมรณะบัตรผู้เสียชีวิต สำเนาบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาสูติบัตร
 สำเนาทะเบียนสมรส ใบรับรองแพทย์ บัตรประจำตัวผู้พิการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลในแบบฟอร์มนี้เป็นความจริงทุกประการ ภายหลังหากพบว่าข้อความในแบบฟอร์มนี้หรือเอกสารที่นำมาประกอบไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอม ให้ บริษัทฯ ดำเนินคดี และเรียกค่าเสียหายได้

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ ลงชื่อ.....คณะกรรมการกองทุนฯ
(.....) (.....)