CHIANG MAI UNIVERSITY

เอกสารที่ต้องดำเนินการกรอก
และส่งให้ HR **ส่วนงาน**ตรวจสอบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง

แบบฟอร์ม	ส่วนงานตรวจสอบ และดำเนินการที่เกี่ยวข้อง
1. แบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน	ส่วนงานดำเนินการ
2. แบบหนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิ**รับเงินบำเหน็จชราภาพ**	ส่วนงานดำเนินการ และ เก็บไว้ใช้เป็นเอกสาร ประกอบการยื่นขอรับเงิน
3. แบบหนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิ**รับเงินสงเคราะห์**	ส่วนงานดำเนินการ และ เก็บไว้ใช้เป็นเอกสาร ประกอบการยื่นขอรับเงิน
4. แบบฟอร์มแสดงเจตนาระบุผู้รับเงินช่วยเหลือ กรณีออกจากงาน	ส่วนงานดำเนินการ และ เก็บไว้ใช้เป็นเอกสาร ประกอบการยื่นขอรับเงิน ช่วยเหลือกรณีออกจากงาน
5. การแจ้งเข้า - ออก ประกันสุขภาพกลุ่ม	ส่วนงานดำเนินการ และ นำส่ง งานกองทุนและสวัสดิการ กองบริหารงานบุคคล
6. แบบฟอร์ม-เลือกแผนสวัสดิการด้านสุขภาพ และ ระบุหมายเลขโทรศัพท์ที่ใช้	ส่วนงานดำเนินการ และ นำส่ง งานกองทุนและสวัสดิการ กองบริหารงานบุคคล
7. หนังสือระบุผู้รับผลประโยชน์-ประกันแบบกลุ่ม	ส่วนงานดำเนินการ **และ** เก็บไว้ใช้เป็นเอกสาร ประกอบการยื่นเคลมประกัน กรณีเสียชีวิต

สำนักงานประกันสังคม

แบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน

สปส.1-03

① ข้อมูลนายจ้าง

ชื่อสถานประกอบการ..... เลขที่บัญชี

เลขทะเบียนบุคคล/นิติบุคคล ลำดับที่สาขา

วันที่ผู้ประกันตนเข้าทำงาน..... ประเภทการจ้าง ☐ รายวัน ☐ รายเดือน ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

② ข้อมูลผู้ประกันตน

2.1 ☐ ไม่เคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน

☐ เคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน ☐ ทำงานกับนายจ้างหลายแห่ง 1. ..... 2. .....

2.2 ชื่อ ☐ นาย ☐ นางสาว ☐ นาง ชื่อ..... ชื่อสกุล..... สัญชาติ.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

2.3 เลขประจำตัวประชาชน/เลขที่บัตรประกันสังคม (สำหรับคนต่างด้าว)

2.4 สถานภาพครอบครัว

☐ 1. โสด ☐ 2. สมรส ☐ 3. หม้าย ☐ 4. หย่า ☐ 5. แยกกันอยู่

☐ ไม่มีบุตร ☐ มีบุตรอายุไม่เกิน 6 ปี จำนวน ..... คน ลำดับที่ 1 เกิดปี พ.ศ. ☐☐☐☐ ลำดับที่ 2 เกิดปี พ.ศ. ☐☐☐☐

ลำดับที่ 3 เกิดปี พ.ศ. ☐☐☐☐

2.5 สภาพร่างกาย ☐ 1.ปกติ ☐ 2.พิการ **แนบสำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ/เอกสารรับรองความพิการจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์**

ระบุประเภทความพิการ ☐ 2.1 ทางการมองเห็น ☐ 2.2 ทางการได้ยิน/สื่อความหมาย ☐ 2.3 ทางการเคลื่อนไหว ☐ 2.4 ทางจิตใจ/พฤติกรรม

☐ 2.5 ทางสติปัญญา ☐ 2.6 ทางการเรียนรู้ ☐ 2.7 ออทิสติก

2.6 สำหรับคนต่างด้าว **ให้กรอกข้อความเพิ่มเติมและแนบสำเนาเอกสาร** ดังนี้

☐ หนังสือเดินทาง (PASSPORT) เลขที่.....และใบอนุญาตทำงาน (WORK PERMIT) เลขที่..... **หรือ**

☐ อื่นๆ (ระบุ) .....เลขที่..... และใบอนุญาตทำงาน (WORK PERMIT) เลขที่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลนายจ้างและข้อมูลผู้ประกันตนดังกล่าวข้างต้น ถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ

ประทับตรา นิติบุคคล (ถ้ามี)

ลงชื่อ .....นายจ้าง

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ .....

③ ข้อมูลการเลือก / ขอเปลี่ยนแปลงสถานพยาบาล

☐ มีบัตรรับรองสิทธิฯ ปัจจุบันใช้สิทธิที่สถานพยาบาลชื่อ.....

☐ ไม่เปลี่ยนแปลงสถานพยาบาล

☐ ขอเปลี่ยนแปลงสถานพยาบาล ลำดับที่ 1. .....

ลำดับที่ 2. .....

ลำดับที่ 3. .....

☐ ไม่มีบัตรรับรองสิทธิฯ

ข้าพเจ้าขอเลือกสถานพยาบาล

ลำดับที่ 1. .....

ลำดับที่ 2. .....

ลำดับที่ 3. .....

ขณะที่ข้าพเจ้าเลือกสถานพยาบาลข้าพเจ้าไม่ได้นอนรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาลใด ๆ และข้าพเจ้ายินยอมให้นายจ้างนำข้อมูลการเลือกสถานพยาบาลของข้าพเจ้าบันทึกลงในแบบรายการทางอิเล็กทรอนิกส์

ลงชื่อ.....ผู้ประกันตน

(.....)

วันที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่บัตรประกันสังคม

☐ เห็นสมควรออกบัตรรับรองสิทธิฯ

☐ ไม่สมควรออกบัตรรับรองสิทธิฯ ระบุเหตุผล..... ลงชื่อ.....ผู้รับแบบ/เจ้าหน้าที่

(.....)

วันที่.....

หมายเหตุ ในการแจ้งขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน (สปส.1-03) ให้นายจ้างกรอกข้อมูลผู้ประกันตน ลงในทะเบียนผู้ประกันตน (สปส.6-07) ทุกครั้ง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการตรวจสอบและควบคุมงานเกี่ยวกับประกันสังคม เพื่อให้เจ้าหน้าที่ตรวจตราได้

(คำเตือนและคำอธิบายดูด้านหลัง)

คำเตือน 1. นายจ้างผู้ลงชื่อรับรองข้อมูลผู้ประกันตน กรณีนิติบุคคลต้องเป็นผู้มีอำนาจกระทำการผูกพันนิติบุคคลหรือผู้ได้รับมอบอำนาจ

2. การขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนต่อสำนักงานประกันสังคมให้แจ้งภายใน 30 วันนับแต่วันที่ลูกจ้างนั้นเป็นผู้ประกันตนตามแบบ สปส.1-03 เมื่อข้อเท็จจริงที่แจ้งไว้เปลี่ยนแปลง เช่น ลูกจ้างลาออกหรือถูกเลิกจ้าง ให้แจ้งต่อสำนักงานประกันสังคมภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดจากเดือนที่มีการเปลี่ยนแปลงตามแบบ สปส.6-09 หากฝ่าฝืน อาจมีความผิดต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

3. การยื่นแบบเป็นเท็จ เช่น นำบุคคลที่ไม่ใช่ลูกจ้างขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตน อาจมีความผิดต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

คำแนะนำการกรอกแบบ

1. ให้เลือก ☑ ในหัวข้อที่ต้องการ
2. ขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน ให้นายจ้างกรอกข้อมูลตามข้อ ① และลูกจ้างกรอกข้อมูลตามข้อ ②
   (ข้อ 2.1 – 2.6 สำหรับผู้ประกันตนคนไทยและคนต่างด้าว และ ข้อ 2.5 สำหรับคนพิการ)
3. ข้อมูลการเลือก/ขอเปลี่ยนแปลงสถานพยาบาล ให้ลูกจ้างกรอกข้อมูล ③
   สำนักงานประกันสังคมจะเลือกสถานพยาบาลตามลำดับ 1 – 3 หากสถานพยาบาลใดเต็มศักยภาพจะเลือกสถานพยาบาลถัดไปให้ผู้ประกันตน
4. เมื่อกรอกข้อมูลครบถ้วนแล้วให้นายจ้างและลูกจ้างลงลายมือชื่อ

1. ข้อมูลนายจ้าง

1.1 ชื่อสถานประกอบการ ให้กรอกชื่อสถานประกอบการ ที่แจ้งขึ้นทะเบียนประกันสังคม พร้อมเลขที่บัญชีและลำดับที่สาขา ตามที่ได้ขึ้นทะเบียนนายจ้างไว้กรณีเป็นสำนักงานใหญ่หรือเป็นกิจการซึ่งไม่มีสาขา ให้ใส่ 000000 ลงช่องลำดับที่สาขา

1.2 ทะเบียนบุคคล/นิติบุคคล ให้กรอกเลขที่บัตรประชาชนของเจ้าของกิจการกรณีเป็นกิจการเจ้าของคนเดียว และเลขทะเบียนนิติบุคคล กรณีสถานประกอบการจดทะเบียนนิติบุคคล

1.3 วันที่ผู้ประกันตนเข้าทำงาน ให้กรอก วัน เดือน ปี ที่ผู้ประกันตนเข้าทำงานซึ่งจะมีผลต่อการขอรับประโยชน์ทดแทน และกรอกประเภทการจ้างโดยระบุรายวัน รายเดือน หรืออื่น ๆ

2. ข้อมูลผู้ประกันตน

2.1 กรณีไม่เคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน หรือเคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนมาก่อน ให้ทำเครื่องหมาย √ หน้าข้อความที่ตรงกับข้อเท็จจริง หรือกรณีทำงานกับนายจ้างหลายแห่ง ให้ทำเครื่องหมาย ☑ ทำงานกับนายจ้างหลายแห่ง และระบุชื่อสถานประกอบการทุกแห่ง

2.2. ให้ผู้ประกันตนทำเครื่องหมาย ☑ ในช่อง หน้าคำหน้านาม เช่น กรณีเป็นเพศชาย ให้ทำเครื่องหมาย ☑ นาย แล้วกรอก ชื่อ – สกุลให้ชัดเจนและครบถ้วน ให้กรอกสัญชาติลงในช่องสัญชาติ วัน เดือน ปีเกิด ให้ผู้ประกันตนกรอก วัน เดือน ปีเกิด ให้ถูกต้องตามบัตรประจำตัวประชาชน

2.3 ให้กรอกเลขประจำตัวประชาชนให้ครบ 13 หลัก ตามบัตรประจำตัวประชาชน หากเป็นผู้ประกันตนต่างด้าวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคม

2.4 สถานภาพครอบครัว ให้ทำเครื่องหมายช่อง ☑ โสด สมรส หม้าย หย่า แยกกันอยู่ (แล้วแต่สถานภาพของแต่ละบุคคล)

หม้าย คือ ผู้ที่คู่สมรสได้ตายไปแล้ว และขณะนี้ยังไม่สมรสใหม่

หย่า คือ การจดทะเบียนหย่าต่อนายทะเบียนเพื่อให้ความเป็นสามีภรรยาสิ้นสุดลง

แยกกันอยู่ คือ มิได้อยู่ร่วมกันฉันสามีภรรยาและมิได้จดทะเบียนหย่าต่อนายทะเบียน จึงทำให้ความเป็นสามีภรรยาตามกฎหมายยังคงมีอยู่

2.4.1 ถ้าผู้ประกันตนมีบุตรอายุไม่เกิน 6 ปี กรุณากรอก พ.ศ. ปีเกิด

2.4.2 ถ้าผู้ประกันตนมีบุตรอายุเกิน 6 ปี ไม่ต้องกรอกรายละเอียดเกี่ยวกับบุตร

สถานภาพครอบครัว

☐ 1. โสด ☑ 2. สมรส ☑ 3. หม้าย ☐ 4. หย่า ☐ 5. แยกกันอยู่

☐ ไม่มีบุตร ☑ มีบุตรอายุไม่เกิน 6 ปี จำนวน 3 คน ลำดับที่ 1 เกิดปี พ.ศ. 25532 ลำดับที่ 2 เกิดปี พ.ศ. 2555 ลำดับที่ 3 เกิดปี พ.ศ. 2557

2.5 สภาพร่างกาย หากปกติ ☑ ปกติ หากพิการ ☑ พิการ และให้ระบุประเภทความพิการตามบัตรประจำตัวคนพิการหรือเอกสารรับรองความพิการจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้แก่ 1. ทางการมองเห็น 2. ทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย 3. ทางการเคลื่อนไหว 4. ทางจิตใจหรือพฤติกรรม 5. ทางสติปัญญา 6. ทางการเรียนรู้ 7. ออทิสติก

2.6 สำหรับคนต่างด้าวให้ทำเครื่องหมาย ✓ในช่อง ☐ ที่ผู้ประกันตนมีเอกสารหลักฐาน เช่น หนังสือเดินทาง ทำเครื่องหมาย ☑ หนังสือเดินทาง (PASSPORT) กรณีมีเอกสารอื่น เช่น ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว บัตรประจำตัวบุคคลซึ่งไม่มีสัญชาติไทย ทำเครื่องหมาย ☑ อื่น ๆ (ระบุ) และกรอกข้อความให้ถูกต้องและครบถ้วน

3. ข้อมูลการเลือกสถานพยาบาล / ขอเปลี่ยนแปลงสถานพยาบาล

กรณีลูกจ้างเคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนมาก่อนและมีบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลแล้วให้ทำเครื่องหมาย ☑ มีบัตรรับรองสิทธิฯ พร้อมทั้งระบุชื่อสถานพยาบาลปัจจุบันที่ใช้สิทธิ หากไม่ต้องการเปลี่ยนสถานพยาบาลให้ ☑ ไม่เปลี่ยนแปลงสถานพยาบาล หากต้องการเปลี่ยนสถานพยาบาล ☑ ขอเปลี่ยนแปลงสถานพยาบาล พร้อมทั้งระบุชื่อสถานพยาบาลที่เลือกจำนวน 3 ลำดับ ซึ่งผู้ประกันตนเลือกได้ตามเอกสารรายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคมปีปัจจุบันเท่านั้น

กรณีลูกจ้างไม่เคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนมาก่อนหรือเคยขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนแล้วแต่ไม่มีบัตรรับรองสิทธิฯ หรือบัตรรับรองสิทธิฯ หมดอายุ ให้ทำเครื่องหมาย ☑ ยังไม่มีบัตรรับรองสิทธิฯ พร้อมทั้งระบุชื่อสถานพยาบาลที่เลือกจำนวน 3 ลำดับ ซึ่งผู้ประกันตนเลือกได้ตามเอกสารรายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคมปีปัจจุบันเท่านั้น

แบบหนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิรับเงินบำเหน็จชราภาพ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

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

อายุ.....ปี เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา ๔๐ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓

ขอแสดงเจตนาระบุผู้มีสิทธิได้รับเงินบำเหน็จชราภาพกรณีข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย โดยหนังสือฉบับนี้ว่า เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตายก่อนได้รับเงินบำเหน็จชราภาพและไม่มีผู้มีสิทธิรับเงินบำเหน็จชราภาพตามมาตรา ๑๕ วรรคหนึ่ง แห่งพระราชกฤษฎีกากำหนดหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินสมทบประเภทของประโยชน์ทดแทนตลอดจนหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแห่งสิทธิในการรับประโยชน์ทดแทนของบุคคลซึ่งสมัครเป็นผู้ประกันตน พ.ศ. ๒๕๕๔ ข้าพเจ้าประสงค์ให้จ่ายเงินบำเหน็จชราภาพแก่บุคคลเรียงตามลำดับ ดังมีรายชื่อต่อไปนี้

๑. ชื่อ.....นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่.....

หมู่ที่.....อาคาร/หมู่บ้าน.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ .....โทรศัพท์.....

โทรสาร.....โทรศัพท์เคลื่อนที่ .....

๒. ชื่อ.....นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่.....

หมู่ที่.....อาคาร/หมู่บ้าน.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ .....โทรศัพท์.....

โทรสาร.....โทรศัพท์เคลื่อนที่ .....

หนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า..... ได้แสดงเจตนาลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยาน และพยานได้ลงลายมือชื่อรับรองข้อความในหนังสือต่อหน้าข้าพเจ้าแล้ว

ลงชื่อ .....ผู้แสดงเจตนา

(.....)

ลงชื่อ .....พยาน

(.....)

☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

ลงชื่อ .....พยาน

(.....)

☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

<u>หมายเหตุ</u>

๑) ให้ระบุเลขประจำตัวประชาชนของพยานด้วย

๒) ให้ผู้ประกันตน หรือผู้มีสิทธิเก็บหนังสือฉบับนี้ไว้เอง

๓) เมื่อผู้ประกันตนเสียชีวิตก่อนได้รับเงินบำเหน็จชราภาพให้ผู้มีสิทธินำหนังสือฉบับนี้ไปติดต่อเพื่อขอรับประโยชน์ทดแทนที่สำนักงานประกันสังคมจังหวัดหรือสำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่แห่งใดก็ได้ที่สะดวกทั่วประเทศ

๔) หากมีการเปลี่ยนแปลงชื่อผู้มีสิทธิให้ทำลายหนังสือฉบับที่ทำไว้ก่อนด้วย

๕) <u>แบบหนังสือฉบับนี้เป็นเพียงตัวอย่างเพื่ออำนวยความสะดวกเท่านั้น</u>

แบบหนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์กรณีตาย

เขียนที่.....

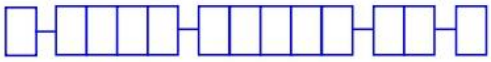
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

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

อายุ.....ปี เลขประจำตัวประชาชน เป็นผู้ประกันตน ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

ขอแสดงเจตนาระบุผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์กรณีข้าพเจ้าถึงแก่ความตายตามมาตรา 73 (2) แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2537 โดยหนังสือฉบับนี้ว่า เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ข้าพเจ้าประสงค์ให้จ่ายเงินสงเคราะห์แก่บุคคลรวม.....คน ดังมีรายชื่อต่อไปนี้

1. ชื่อ.....นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน  ให้ได้รับ.....ส่วน

โทรศัพท์.....โทรสาร.....โทรศัพท์เคลื่อนที่ .....

2. ชื่อ.....นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน ให้ได้รับ.....ส่วน

โทรศัพท์.....โทรสาร.....โทรศัพท์เคลื่อนที่ .....

หนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....ได้แสดงเจตนาลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยาน และพยานได้ลงลายมือชื่อรับรองข้อความในหนังสือต่อหน้าข้าพเจ้าแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้แสดงเจตนา

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ

1) ให้ระบุเลขประจำตัวประชาชนของพยานด้วย
2) ให้ผู้ประกันตน หรือผู้มีสิทธิเก็บหนังสือฉบับนี้ไว้เอง
3) เมื่อผู้ประกันตนเสียชีวิตให้ผู้มีสิทธินำหนังสือฉบับนี้ไปติดต่อเพื่อขอรับประโยชน์ทดแทน ที่สำนักงานประกันสังคมจังหวัดหรือสำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่แห่งใดก็ได้ที่สะดวกทั่วประเทศ
4) หากมีการเปลี่ยนแปลงชื่อผู้มีสิทธิให้ทำลายหนังสือฉบับที่ทำไว้ก่อนด้วย
5) แบบหนังสือฉบับนี้เป็นเพียงตัวอย่างเพื่ออำนวยความสะดวกเท่านั้น

CHIANG MAI UNIVERSITY

การแจ้งเข้า – ออก ประกันสุขภาพกลุ่ม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ของ บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

1. **แจ้งเข้า**ประกันสุขภาพกลุ่ม

สำหรับบุคลากรบรรจุใหม่

1.1 พนักงานมหาวิทยาลัยประจำ

1) ให้พนักงานมหาวิทยาลัยประจำ ดำเนินการกรอกเอกสารเลือกแผนสวัสดิการของตนเอง (แบบฟอร์ม 1)
2) กรอกข้อมูลของบุคลากรตามแบบฟอร์มการแจ้งเข้า (แบบฟอร์ม 2)
3) ให้บุคลากรกรอกหนังสือระบุผู้รับผลประโยชน์ฯ (แบบฟอร์ม 3) และดำเนินการจัดเก็บเอกสารดังกล่าวไว้ที่ส่วนงานต้นสังกัด ทั้งนี้ หากมีกรณีบุคลากรเสียชีวิต ขอให้ดำเนินการตามคู่มือการเรียกร้องสินไหมกรณีมรณกรรม (คู่มือ คลิก)
4) นำส่งสำเนาข้อมูลเอกสารข้อที่ 1 มายังกองบริหารงานบุคคล และนำส่งข้อมูลข้อที่ 2 ในรูปแบบ Microsoft Excel ส่งมาที่ผู้ประสานงาน นายสุริยา ตาสิติ และนางสาวศุภิสรา คุณยศยิ่ง งานกองทุน และสวัสดิการ กองบริหารงานบุคคลที่ อีเมล : suriya.tas@cmu.ac.th และ supisara.k@cmu.ac.th

1.2 พนักงานกลุ่มอื่นที่ส่วนงานสมทบค่าเบี้ยประกัน

1) กรอกข้อมูลของบุคลากรตามแบบฟอร์มแจ้งเข้า (แบบฟอร์ม 2)
2) ให้บุคลากรกรอกหนังสือระบุผู้รับผลประโยชน์ฯ (แบบฟอร์ม 3) และดำเนินการจัดเก็บเอกสารดังกล่าวไว้ที่ส่วนงานต้นสังกัด ทั้งนี้ หากมีกรณีบุคลากรเสียชีวิต ขอให้ดำเนินการตามคู่มือการเรียกร้องสินไหมกรณีมรณกรรม (คู่มือ คลิก)
3) ทำบันทึกแจ้งเข้าตามข้อที่ 1 มายังกองบริหารงานบุคคล และนำส่งข้อมูลข้อที่ 1 ในรูปแบบ Microsoft Excel ส่งมาที่ผู้ประสานงาน นายสุริยา ตาสิติ งานกองทุนและสวัสดิการ กองบริหารงานบุคคล ที่อีเมล: suriya.tas@cmu.ac.th

2. **แจ้งออก**ประกันสุขภาพกลุ่ม

สำหรับบุคลากรพ้นสภาพจากการเป็นบุคลากรมหาวิทยาลัยทุกประเภท

1) กรอกข้อมูลของบุคลากรตามแบบฟอร์มการแจ้งออก (แบบฟอร์ม 2)
2) ส่งเอกสารมาที่กองบริหารงานบุคคล พร้อมแจ้งหมายเลขที่บัญชีของส่วนงานสำหรับเวนคืนค่าเบี้ยประกัน
3) สำเนาข้อมูลเอกสาร และข้อมูลข้อที่ 1 ในรูปแบบ Microsoft Excel ส่งมาที่ผู้ประสานงาน นายสุริยา ตาสิติ งานกองทุนและสวัสดิการ กองบริหารงานบุคคล อีเมล : suriya.tas@cmu.ac.th และ supisara.k@cmu.ac.th

หมายเหตุ ให้ทุกส่วนงานดำเนินแจ้งเข้า-ออกประกันสุขภาพกลุ่มของเดือนถัดไป ส่งให้กองบริหารงานบุคคลภายในวันที่ 25 ของทุกเดือน โดยกำหนดให้มีผลในวันที่บรรจุ หรือ วันที่พ้นสภาพ

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน_____**โทร**_____

ที่_____**วันที่**_____

เรื่อง การเลือกแผนสวัสดิการด้านสุขภาพของพนักงานมหาวิทยาลัยประจำ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

เรียน รองอธิการบดี (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิติพงษ์ ยอดมงคล)

ตามที่มหาวิทยาลัย ได้จัดสวัสดิการด้านสุขภาพให้แก่พนักงานมหาวิทยาลัยประจำ ได้แก่ ประกันสุขภาพแบบกลุ่ม และ สวัสดิการด้านสุขภาพแบบยืดหยุ่นตามรายการที่กำหนด ในวงเงิน ๘,๐๐๐ บาท/คน/ปีงบประมาณ ซึ่งได้กำหนดให้พนักงานมหาวิทยาลัยเลือกแผนประกันสุขภาพแบบกลุ่มผ่านระบบ CMU MIS ทั้งนี้ มหาวิทยาลัยได้แจ้งเวียนให้พนักงานมหาวิทยาลัยประจำ ดำเนินการแจ้งความประสงค์เลือกแผนประกันสุขภาพให้ได้รับทราบโดยทั่วกันแล้ว ตามบันทึกที่ อว ๘๓๙๒(๔) / ว ๑๔๙๑ ลงวันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๖๕ นั้น

เนื่องจาก ข้าพเจ้า .....อยู่ในระหว่างบรรจุและแต่งตั้งให้เป็น พนักงานมหาวิทยาลัยประจำ ตำแหน่ง..... สังกัด.....จึงขอแจ้งความประสงค์เลือกแผนสวัสดิการด้านสุขภาพประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ในวงเงิน ๘,๐๐๐ บาท ดังนี้

☐ แผนที่ ๑ ประกันสุขภาพแบบกลุ่มจำนวน ๑,๗๐๐ บาท และสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยืดหยุ่นตามรายการที่กำหนด จำนวน ๖,๓๐๐ บาท

☐ แผนที่ ๒ ประกันสุขภาพแบบกลุ่มจำนวน ๒,๐๐๐ บาท และสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยืดหยุ่นตามรายการที่กำหนด จำนวน ๖,๐๐๐ บาท

☐ แผนที่ ๓ ประกันสุขภาพแบบกลุ่มจำนวน ๓,๕๐๐ บาท และสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยืดหยุ่นตามรายการที่กำหนด จำนวน ๔,๕๐๐ บาท

☐ แผนที่ ๔ ประกันสุขภาพแบบกลุ่มจำนวน ๕,๐๐๐ บาท และสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยืดหยุ่นตามรายการที่กำหนด จำนวน ๓,๐๐๐ บาท

และข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลโดยละเอียดตลอดแล้ว และขอยืนยันการเลือกแผนสวัสดิการด้านสุขภาพว่าถูกต้องตามความประสงค์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา จักเป็นพระคุณยิ่ง

ลงชื่อ .....

(.....)

(สำหรับเจ้าหน้าที่กองบริหารงานบุคคล)

เรียน รองอธิการบดี (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิติพงษ์ ยอดมงคล)

เพื่อโปรดทราบและพิจารณาการเลือกแผนสวัสดิการด้านสุขภาพของบุคลากร รายละเอียดดังข้อมูลข้างต้น จักเป็นพระคุณยิ่ง

ลงชื่อ .....

(.....)

<u>คำสั่ง</u>

แบบกรอกข้อมูลส่วนตัว

ประกอบการจัดทำประกันสุขภาพแบบกลุ่ม

ชื่อ	
นามสกุล	
วันเดือนปีเกิด	
เลือกแผนประกัน	
วันที่มีผล	
ID No.	
เพศ	
Email	
โทรศัพท์มือถือ	
ชื่อธนาคาร	
เลขที่บัญชี	
ชื่อเจ้าของบัญชี	

บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
Southeast Life Insurance Public Company Limited
สำนักงานใหญ่ 315 อาคารไทยกรุ๊ป ชั้น 8-12 ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500
315 Thai Group Bldg., 8-12 Fl., Silom Rd., Silom, Bangrak, Bangkok 10500
T: 0 2631 1331 F: 0 2236 7614 www.southeastlife.co.th **ศูนย์ดูแลลูกค้า** ***โทร. 0 2255 5656***
ทะเบียนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร Registration No. / Tax ID No. 0107555000384

ใบสมัครสำหรับสมาชิก

(MEMBERS' ENROLLMENT FORM)

เสนอต่อ บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
Submit to SOUTHEAST LIFE INSURANCE CO.,LTD.

บริษัท ..... กรมธรรม์เลขที่.....เลขที่สมาชิก.....
Company/policy holder Policy number

ชื่อ (Name)..... นามสกุล (Surname).....

วัน เดือน ปีเกิด (Date of Birth) .....เพศ (Sex) .....

วันเข้าทำงาน (Date of Employment) .....ตำแหน่ง (Title) .....

วันมีผลบังคับของการประกันภัย (Effective Insurance) .....

จำนวนเงินเอาประกันภัย (Amount of Insurance) .....

ผู้รับผลประโยชน์ (Beneficiary) :

ชื่อ - นามสกุล (Name - Surname)	อายุ (Age)	เพศ (Sex)	ความสัมพันธ์ (Relationship)

ข้าพเจ้า ในนามสมาชิกผู้สมัครขอเอาประกันภัยมีความประสงค์จะเอาประกันภัยภายใต้กรมธรรม์ประกันชีวิตกลุ่มคุ้มครองจำกัดเวลาตามกรมธรรม์เลขที่ดังกล่าวข้างต้น โดยจะปฏิบัติตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ และขอยืนยันว่าข้าพเจ้ามีสุขภาพสมบูรณ์ทุกประการและมีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่ได้ระบุไว้ในกรมธรรม์ในขณะที่ยื่นขอเอาประกันภัย

....

วันที่ Date ( )

ลายมือชื่อผู้สมัคร Signature of Applicant

....

( ) ( )

พยาน Witness พยาน Witness

คำเตือน

ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) กระทรวงการคลัง ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน ตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

<u>แบบหนังสือแสดงเจตนาระบุผู้รับเงินช่วยเหลือพนักงานมหาวิทยาลัยประจำ</u>
<u>กรณีออกจากงาน</u>

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

ข้าพเจ้า.....เป็นพนักงานมหาวิทยาลัยประจำ ตำแหน่ง.....สังกัดหน่วยงาน..... ส่วนงาน..... มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ขอแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือพนักงานมหาวิทยาลัยประจำกรณีออกจากงานโดยหนังสือฉบับนี้ ว่าในกรณีที่ข้าพเจ้าถึงแก่ความตายในระหว่างปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัย และมหาวิทยาลัยจะต้องจ่ายเงินช่วยเหลือให้แก่ข้าพเจ้า ตามข้อบังคับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ว่าด้วยเงินช่วยเหลือพนักงานมหาวิทยาลัยประจำกรณีออกจากงาน พ.ศ. ๒๕๕๖ ข้าพเจ้าประสงค์จะจ่ายเงินช่วยเหลือแก่ นาย/นาง/นางสาว..... ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่..... ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ได้บันทึกไว้ในสมุด/แฟ้มประวัติ แล้ว

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ทะเบียนประวัติ
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้แสดงเจตนา
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

<u>บันทึกการเปลี่ยนแปลง</u>

ข้าพเจ้าขอยกเลิกหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือพนักงานมหาวิทยาลัยประจำกรณีออกจากงานโดยหนังสือฉบับนี้ โดยได้แสดงเจตนาใหม่ตามหนังสือแสดงเจตนา ลงวันที่.....
ซึ่งแสดงเจตนาให้.....เป็นผู้มีสิทธิรับเงินช่ว ยเหลือพนักงานมหาวิทยาลัยประจำกรณีออกจากงาน เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตายระหว่างปฏิบัติงาน

ลงชื่อ.....ผู้แสดงเจตนา
(.....)
วันที่.....

ได้บันทึกไว้ในสมุด/แฟ้มประวัติ แล้ว

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ทะเบียนประวัติ
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

<u>หมายเหตุ</u>

๑. ให้มอบหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือฯ ณ งานทะเบียนประวัติและสารสนเทศ กองบริหารงานบุคคล สำนักงานมหาวิทยาลัย
๒. ให้ระบุชื่อผู้รับเงินช่วยเหลือฯ แต่เพียงรายเดียว หากจะเปลี่ยนแปลงตัวผู้รับเงินช่วยเหลือฯ ในภายหลังให้ทำหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือฯ กรณีฉบับใหม่แทน ฉบับเดิม
๓. การขูด ตก เติม หรือการแก้ไขเปลี่ยนแปลงอย่างอื่นในหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือฯ ให้ลงลายมือชื่อกำกับไว้