

แบบคำขอแจ้งเปลี่ยนแปลงผู้รับผลประโยชน์

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน คณะกรรมการกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ.....กลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏ.....ซึ่งจดทะเบียนแล้ว
เฉพาะส่วนนายจ้าง.....มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....
รหัสสมาชิก.....สังกัดบริษัท.....มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.....
ฝ่าย.....ซึ่งเป็นสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ.....กลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏ.....
ซึ่งจดทะเบียนแล้ว ("กองทุน") มีความประสงค์ขอยกเลิกรายชื่อบุคคลผู้มีสิทธิได้รับเงินจากกองทุนในกรณีที่ข้าพเจ้า
เสียชีวิต ("ผู้รับประโยชน์") ตามที่ข้าพเจ้าเคยได้แจ้งให้คณะกรรมการกองทุน ทราบก่อนวันทำหนังสือฉบับนี้ทั้งหมด
และข้าพเจ้าขอกำหนดรายชื่อผู้รับประโยชน์และสัดส่วนการรับเงินจากกองทุนใหม่ ดังนี้

- | | |
|---|-------------------|
| 1. ชื่อ..... | ส่วนแบ่งที่ได้รับ |
| เลขที่บัตรประชาชน.....ความสัมพันธ์..... |% |
| ที่อยู่..... | |
| โทรศัพท์มือถือ.....E-mail..... | |
| 2. ชื่อ..... | ส่วนแบ่งที่ได้รับ |
| เลขที่บัตรประชาชน.....ความสัมพันธ์..... |% |
| ที่อยู่..... | |
| โทรศัพท์มือถือ.....E-mail..... | |
| 3. ชื่อ..... | ส่วนแบ่งที่ได้รับ |
| เลขที่บัตรประชาชน.....ความสัมพันธ์..... |% |
| ที่อยู่..... | |
| โทรศัพท์มือถือ.....E-mail..... | |
| 4. ชื่อ..... | ส่วนแบ่งที่ได้รับ |
| เลขที่บัตรประชาชน.....ความสัมพันธ์..... |% |
| ที่อยู่..... | |
| โทรศัพท์มือถือ.....E-mail..... | |
| 5. ชื่อ..... | ส่วนแบ่งที่ได้รับ |
| เลขที่บัตรประชาชน.....ความสัมพันธ์..... |% |
| ที่อยู่..... | |
| โทรศัพท์มือถือ.....E-mail..... | |
| | รวมทั้งสิ้น 100 % |

ทั้งนี้ สัดส่วนการรับผลประโยชน์ของผู้รับผลประโยชน์ทุกคนรวมกันต้องเท่ากับ 100% ในกรณีที่ข้าพเจ้า
ไม่ได้กำหนดสัดส่วนไว้ ให้ถือว่าผู้รับประโยชน์ทุกคนมีสิทธิได้รับเงินจากกองทุนในสัดส่วนที่เท่าๆ กัน และในกรณีที่
ข้าพเจ้าได้กำหนดสัดส่วนไว้ไม่ครบ 100% ให้นำสัดส่วนในส่วนที่เหลือที่ไม่ได้กำหนดไว้นั้นแบ่งให้แก่ผู้รับประโยชน์
ทุกคนตามสัดส่วนที่กำหนดไว้ข้างต้น หรือในกรณีที่ข้าพเจ้าได้กำหนดสัดส่วนไว้เกิน 100% ให้นำส่วนที่เกินนั้น
หักออกจากส่วนแบ่งที่ให้แก่ผู้รับประโยชน์ทุกคนตามสัดส่วนที่กำหนดไว้ข้างต้น

ในกรณีที่ผู้รับผลประโยชน์รายใดรายหนึ่งหรือหลายรายได้เสียชีวิต หรือศาลได้มีคำสั่งให้เป็นบุคคลสาบสูญ ก่อนที่ข้าพเจ้าจะเสียชีวิต หากข้าพเจ้าไม่ได้แจ้งเปลี่ยนแปลงผู้รับประโยชน์ไว้ ข้าพเจ้าขอให้นำส่วนของผู้รับ ประโยชน์ที่เสียชีวิตหรือที่ศาลมีคำสั่งให้เป็นคนสาบสูญดังกล่าวไปแบ่งเฉลี่ยให้แก่ผู้รับผลประโยชน์รายอื่นฯ ทุกรายที่ยังมีชีวิตอยู่ในสัดส่วนที่เท่าๆ กัน

การเปลี่ยนแปลงผู้รับผลประโยชน์ ดังกล่าวข้างต้น ให้มีผลตั้งแต่วันที่ข้าพเจ้าทำหนังสือฉบับนี้เป็นต้นไป ข้าพเจ้าตกลงยอมรับดังนี้

1. ในการแจ้งเปลี่ยนแปลงผู้รับผลประโยชน์ตามแบบคำขอนี้ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) ในฐานะนายทะเบียนสมาชิกจะมีการเปิดเผย และ/หรือ ส่งข้อมูลของข้าพเจ้า และ/หรือ ของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าได้ระบุ ในแบบคำขอนี้ ให้แก่บริษัทจัดการ และ/หรือ กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อวัตถุประสงค์ในการให้บริการ ตามแบบคำขอนี้ โปรดอ่านเพิ่มเติมเกี่ยวกับประกาศนโยบายความเป็นส่วนตัวของธนาคาร และ/หรือ บริษัทจัดการ และ/หรือ กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ ที่เกี่ยวข้อง ที่เว็บไซต์ของธนาคาร และ/หรือ บริษัทจัดการ และ/หรือ กองทุน สำรองเลี้ยงชีพ ดังกล่าว หรือ ช่องทางที่ธนาคาร และ/หรือ บริษัทจัดการ และ/หรือ กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ ดังกล่าวกำหนดไว้ ทั้งนี้ ในกรณีที่ข้าพเจ้าได้มีการให้ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่น ข้าพเจ้ามีหน้าที่แจ้งให้บุคคล ดังกล่าวทราบถึงรายละเอียดการเก็บรวบรวม การใช้ และการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลและสิทธิตามประกาศนโยบาย ความเป็นส่วนตัวดังกล่าวด้วย

2. ธนาคาร และ/หรือ บริษัทจัดการ อาจมีการบันทึกบทสนทนาระหว่างข้าพเจ้ากับธนาคาร และ/หรือ ระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัทจัดการ และ/หรือ จัดเก็บ และ/หรือ บันทึก และ/หรือ ประมวลผลข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้า และ/หรือ รายการการใช้บริการ และ/หรือ การดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการของข้าพเจ้า เพื่อประโยชน์ ในการปรับปรุงและการให้บริการของธนาคาร และ/หรือ บริษัทจัดการ และเพื่อเป็นหลักฐานการบริการและรายการใช้ บริการ โดยข้าพเจ้าตกลงและจะไม่โต้แย้งการใช้บันทึกการสนทนา และ/หรือ ข้อมูลดังกล่าวเป็นพยานหลักฐาน อ้างอิงต่อข้าพเจ้าตามกฎหมาย

3. เพื่อประโยชน์ของข้าพเจ้า ธนาคาร และ/หรือ บริษัทจัดการ อาจส่งข้อมูลข่าวสารในเชิงพาณิชย์ เช่น ข้อมูลข่าวสารและบริการเกี่ยวกับกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ ข้อมูลการลงทุน เป็นต้น ไปยังที่อยู่อิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ เช่น E-mail Address และหมายเลขโทรศัพท์มือถือ เป็นต้น โดยข้าพเจ้าสามารถบอกเลิกหรือปฏิเสธการรับข้อมูล ดังกล่าวได้โดยติดต่อ SCB Call Center โทร. 02-777-7777 หรือตามช่องทางที่ธนาคารกำหนด (กรณีบอกเลิกหรือ ปฏิเสธการรับข้อมูลดังกล่าวจากธนาคาร) และ/หรือ ตามช่องทางที่บริษัทจัดการกำหนด (กรณีบอกเลิกหรือปฏิเสธ การรับข้อมูลดังกล่าวจากบริษัทจัดการ)

โปรดอ่านเพิ่มเติมเกี่ยวกับประกาศนโยบายความเป็นส่วนตัวของธนาคารอย่างละเอียด เพื่อเข้าใจถึงวิธีการที่ธนาคารเก็บ รวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่านและสิทธิของท่านที่เว็บไซต์ของธนาคาร www.scb.co.th

ลงชื่อ.....สมาชิกกองทุน
()

หมายเหตุ: กรรมการกองทุนโปรดเก็บเอกสารฉบับนี้ไว้เป็นหลักฐาน เพื่อใช้แนบประกอบการแจ้งพินสมาชิกภาพกรณีสมาชิก เสียชีวิต

คณะกรรมการกองทุนฯ รับทราบตามที่(นาย/นาง/นางสาว)
แจ้งเปลี่ยนแปลงผู้รับประโยชน์และสัดส่วนดังกล่าว

.....

(.....) (.....)
กรรมการกองทุน กรรมการกองทุน