

แบบฟอร์มขอรับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลบุคคลในครอบครัวของพนักงานมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ระยะเวลาคุ้มครองสุขภาพ 19 กรกฎาคม 2561- 18 กรกฎาคม 2562

ข้าพเจ้า  นาย  นางสาว  นาง ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....  
 สังกัด..... โทร..... โทรศัพท์มือถือ.....  
 เริ่มปฏิบัติงานตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

แจ้งชื่อบุคคลในครอบครัว	กรณีไม่สามารถระบุชื่อให้กับบุคคลในครอบครัวรับสวัสดิการ ค่ารักษาได้ โปรด (ระบุสาเหตุ)
ข้าพเจ้าขอเลือกใช้สิทธิบุคคลในครอบครัว ชื่อ-นามสกุล.....เกี่ยวข้องกับ <input type="checkbox"/> บิดา มีอายุไม่เกิน 65 ปี ว/ด/ป เกิด..... <input type="checkbox"/> มารดา มีอายุไม่เกิน 65 ปี ว/ด/ป เกิด..... <input type="checkbox"/> คู่สมรส มีอายุไม่เกิน 65 ปีว/ด/ป เกิด..... <input type="checkbox"/> บุตรโดยชอบด้วยกฎหมาย อายุ 14 วัน ไม่เกิน 23 ปี และยังไม่ทำงาน ไม่สมรส ว/ด/ป เกิด..... ** การนับอายุครบ 65 ปี และ 23 ปี นับถึงวันที่ยื่นเอกสารมายัง งานสวัสดิการโดยมีเอกสารครบและงานสวัสดิการ ประทับตรา รับเอกสาร	<input type="checkbox"/> บิดา เนื่องจาก..... <input type="checkbox"/> มารดา เนื่องจาก..... <input type="checkbox"/> คู่สมรส เนื่องจาก..... <input type="checkbox"/> บุตรโดยชอบด้วยกฎหมาย (ยกเว้นบุตรบุญธรรม) เนื่องจาก.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....พนักงานมหาวิทยาลัย  
 (.....)  
 ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

**เอกสารหลักฐานที่แนบ**

- ◇ ใบสมัครเป็นสมาชิกของผู้เอาประกันภัยกลุ่ม บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)  
 (ให้เฉพาะบุคคลในครอบครัวที่พนักงานแจ้งกรอกแบบฟอร์ม) สามารถดาวน์โหลดได้ที่  
 Web side กองทรัพยากรมนุษย์ งานสวัสดิการ ในแบบฟอร์มต่างๆ ของงานสวัสดิการ จำนวน 1 ชุด
- ◇ สำเนาทะเบียนบ้านที่มีชื่อตนเอง จำนวน 1 ชุด
- ◇ สำเนาทะเบียนบ้านที่มีชื่อผู้ที่ระบุให้ได้รับสวัสดิการ จำนวน 1 ชุด
- ◇ สำเนาสูติบัตร (กรณีเลือกบุตร) จำนวน 1 ชุด
- ◇ สำเนาทะเบียนสมรส (กรณีเลือกคู่สมรส) จำนวน 1 ชุด

\*\* เอกสารการเปลี่ยนชื่อ – สกุล

**หมายเหตุ** \* กรุณากรอกข้อมูลของบุคคลในครอบครัวในแบบฟอร์มใบสมัครของ  
 บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด พร้อมแนบเอกสารแล้วส่งให้หน่วยงานรวบรวมและ  
 ส่งคืนมาที่งานสวัสดิการและสิทธิประโยชน์ กองทรัพยากรมนุษย์ โทร. 1889-1890

\*\*\*บริษัทประกันจะดำเนินการออกบัตรประกันสุขภาพให้กับบุคคลในครอบครัวเมื่อเอกสาร  
 หลักฐานครบถ้วน ตามที่กำหนด \*\*\*