

รายละเอียดกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ กลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏซึ่งจดทะเบียน  
(มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์)

**วัตถุประสงค์ของโครงการ**

เพื่อเป็นสวัสดิการและหลักประกันแก่ลูกจ้าง หรือพนักงานเมื่อออกจากงาน ทูพพลภาพ ปลดเกษียณ ถึงแก่กรรม หรือลาออกจากกองทุน

**คุณสมบัติของผู้สมัครเป็นสมาชิก**

พนักงานราชการ พนักงานมหาวิทยาลัย เจ้าหน้าที่ประจำตามสัญญาและลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน สังกัดมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ที่บรรจุเข้าทำงานกับมหาวิทยาลัยนับตั้งแต่วันที่แรกที่เข้าทำงาน

**เงินสะสม (ลูกจ้าง)**

สมาชิกอายุงานน้อยกว่า ๑๕ ปี อัตราเงินสะสมร้อยละ ๓ - ๑๐ ของเงินเดือน

สมาชิกอายุงานครบ ๑๕ ปี อัตราเงินสะสมร้อยละ ๔- ๑๐ ของเงินเดือน

**เงินสมทบ (นายจ้าง)**

สมาชิกอายุงานน้อยกว่า ๑๕ ปี อัตราเงินสมทบร้อยละ ๓ ของเงินเดือน

สมาชิกอายุงานครบ ๑๕ ปี อัตราเงินสมทบร้อยละ ๔ ของเงินเดือน

อนึ่ง สมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพสามารถลาออกจากกองทุน ฯ และสามารถกลับเข้ามาเป็นสมาชิกกองทุนได้อีก เมื่อลาออกจากกองทุนครบ 6 เดือนแล้ว

**สิทธิประโยชน์ที่สมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ (ลูกจ้าง) จะได้รับเมื่อสิ้นสุดการเป็นสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ (ลูกจ้าง)**

๑. มีอายุสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพน้อยกว่า ๓ ปี ได้รับเงินสะสม (เงินของลูกจ้าง) ที่ส่งไปคืน
๒. มีอายุสมาชิก ๓ ปี ขึ้นไป แต่น้อยกว่า ๕ ปี ได้รับเงินสะสม (เงินของลูกจ้าง) ที่ส่งไปคืนพร้อมได้รับเงินสมทบ (เงินที่นายจ้างสมทบ) และผลประโยชน์ของเงินสมทบ (เงินที่นายจ้างสมทบ) ร้อยละ ๕๐
๓. มีอายุสมาชิก ๕ ปีขึ้นไป ได้รับเงินสะสม (เงินของลูกจ้าง) ที่ส่งไปคืนพร้อมได้รับเงินสมทบ (เงินที่นายจ้างสมทบ) และผลประโยชน์ของเงินสมทบ (เงินที่นายจ้างสมทบ) ร้อยละ ๑๐๐

**สำหรับกรณีต่อไปนี้ สมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพจะได้รับเงินสมทบ (เงินที่นายจ้างสมทบ) และผลประโยชน์ของเงินสมทบ (เงินที่นายจ้างสมทบ) ร้อยละ ๑๐๐ ในกรณีที่**

๑. ถึงแก่กรรม
๒. ครบเกษียณอายุการทำงาน
๓. ทูพพลภาพถาวรสิ้นเชิง หมายถึง การทูพพลภาพ เนื่องจากสาเหตุใดๆ ถึงขนาดไม่สามารถประกอบหน้าที่การงานใดๆ ในอาชีพประจำ
๔. เจ็บป่วยไม่สามารถปฏิบัติงานได้ โดยมีหนังสือรับรองจากแพทย์ที่นายจ้างยอมรับเป็นผู้ลงความเห็นว่าเป็นสมาชิกไม่สามารถปฏิบัติงานของนายจ้างได้อีกต่อไป
๕. เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ โดยมีหนังสือรับรองจากแพทย์ที่นายจ้างยอมรับเป็นผู้ลงความเห็นว่าเป็นสมาชิกไม่สามารถปฏิบัติงานของนายจ้างได้อีกต่อไป
๖. กองทุนเป็นอันยกเลิก

**ยกเว้น** กรณีสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพลาออกจากกองทุนฯ โดยไม่ได้ลาออกจางาน (มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ฯ ) สมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพจะไม่ได้รับเงินสมทบ (เงินที่นายจ้างสมทบ) พร้อมทั้งผลประโยชน์ของเงินสมทบ (เงินที่นายจ้างสมทบ)

#### **วิธีการสมัครกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ**

ยื่นแบบฟอร์มใบสมัคร ณ ที่ งานบริหารทรัพยากรมนุษย์ กองกลาง สำนักงานอธิการบดี ชั้น ๒ อาคาร ๑๐๐ ปีสมเด็จพระศรีนครินทร์

#### **วิธีการยื่นความประสงค์ขอรับเงินสะสมกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ**

ยื่นสำเนาบัตรประชาชน และสำเนาสมุดบัญชีธนาคาร ณ ที่ งานบริหารทรัพยากรมนุษย์ กองกลาง สำนักงานอธิการบดี ชั้น ๒ อาคาร ๑๐๐ ปี สมเด็จพระศรีนครินทร์

สามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่งานบริหารทรัพยากรมนุษย์  
หมายเลขโทรศัพท์ ๐-๒๕๒๙-๐๖๗๔-๗ ต่อ ๔๔๖,๐-๒๙๐๙-๑๔๓๔

## แบบคำขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน คณะกรรมการกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ.....ซึ่งจดทะเบียนแล้ว

เฉพาะส่วนนายจ้าง.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....รหัสสมาชิก.....

เกิดวันที่.....เลขที่บัตรประชาชน.....สังกัดบริษัท.....จำกัด ฝ่าย

.....วันเริ่มงาน(วัน/เดือน/พ.ศ.).....ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ

.....ซึ่งจดทะเบียนแล้ว (“กองทุน”) โดยข้าพเจ้าตกลงและผูกพันดังนี้

1. ข้าพเจ้าได้ทราบข้อบังคับกองทุนและสิทธิหน้าที่ของข้าพเจ้าเป็นอย่างดีแล้ว และข้าพเจ้าตกลงที่จะปฏิบัติตามข้อบังคับกองทุน ทุกประการ

2. ข้าพเจ้าขอให้นายจ้างนำส่งเงินสะสมเข้ากองทุนตามอัตราที่กำหนดไว้ในข้อบังคับกองทุนโดยหักจากค่าจ้างของข้าพเจ้าเป็นประจำทุก ๆ เดือน ในอัตราเงินสะสมร้อยละ .....

3. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนากำหนดบุคคลผู้มีสิทธิได้รับเงินจากกองทุนในกรณีที่ข้าพเจ้าเสียชีวิต(“ผู้รับประโยชน์”) โดยขอให้จ่ายเงินจากกองทุนในส่วนของข้าพเจ้าให้แก่ผู้รับประโยชน์ ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

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.....

รวมทั้งสิ้น 100%

ทั้งนี้ สัดส่วนการรับผลประโยชน์ของผู้รับผลประโยชน์ทุกคนรวมกันต้องเท่ากับ 100% ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ได้กำหนดสัดส่วนไว้ให้ถือว่าผู้รับประโยชน์ทุกคนมีสิทธิได้รับเงินจากกองทุนในสัดส่วนที่เท่าๆ กัน และในกรณีที่ข้าพเจ้าได้กำหนดสัดส่วนไว้ไม่ครบ 100% ให้

นำสัดส่วนในส่วนที่เหลือที่ไม่ได้กำหนดไว้ข้างต้นแบ่งให้แก่ผู้รับประโยชน์ทุกคนตามสัดส่วนที่กำหนดไว้ข้างต้น หรือในกรณีที่ข้าพเจ้าได้กำหนดสัดส่วนไว้เกิน 100% ให้นำส่วนที่เกินนั้นหักออกจากส่วนแบ่งที่ให้แก่ผู้รับประโยชน์ทุกคนตามสัดส่วนที่กำหนดไว้ข้างต้น

4. ในกรณีที่ผู้รับผลประโยชน์รายใดรายหนึ่งหรือหลายรายได้เสียชีวิต หรือศาลได้มีคำสั่งให้เป็นบุคคลสาบสูญก่อนที่ข้าพเจ้าจะเสียชีวิต หากข้าพเจ้าไม่ได้แจ้งเปลี่ยนแปลงผู้รับประโยชน์ไว้ ข้าพเจ้าขอให้นำส่วนของผู้รับประโยชน์ที่เสียชีวิตหรือที่ศาลมีคำสั่งให้เป็นคนสาบสูญดังกล่าวไปแบ่งเฉลี่ยให้แก่ผู้รับผลประโยชน์รายอื่นๆ ทุกรายที่ยังมีชีวิตอยู่ในสัดส่วนที่เท่าๆ กัน

5. หากมีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผลประโยชน์ และ/หรือ สัดส่วนของผลประโยชน์ตามข้อ 3. ข้างต้นนั้น ข้าพเจ้าจะแจ้งให้คณะกรรมการกองทุนทราบเป็นลายลักษณ์อักษรตามแบบและวิธีการที่คณะกรรมการกองทุนกำหนด

6. ในการสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพตามแบบคำขอนี้ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) ในฐานะนายทะเบียนสมาชิกจะมีการเปิดเผย และ/หรือ ส่งข้อมูลของข้าพเจ้า และ/หรือ ของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าได้ระบุในแบบคำขอนี้ ให้แก่บริษัทจัดการ และ/หรือ กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อวัตถุประสงค์ในการให้บริการตามแบบคำขอนี้ โปรดอ่านเพิ่มเติมเกี่ยวกับประกาศนโยบายความเป็นส่วนตัวของธนาคาร และ/หรือ บริษัทจัดการ และ/หรือ กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ ที่เกี่ยวข้อง ที่เว็บไซต์ของธนาคาร และ/หรือ บริษัทจัดการ และ/หรือ กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ ดังกล่าว หรือ ช่องทางที่ธนาคาร และ/หรือ บริษัทจัดการ และ/หรือ กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ ดังกล่าวกำหนดไว้ ทั้งนี้ ในกรณีที่ข้าพเจ้าได้มีการให้ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่น ข้าพเจ้ามีหน้าที่แจ้งให้บุคคลดังกล่าวทราบถึงรายละเอียดการเก็บรวบรวม การใช้ และการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลและสิทธิตามประกาศนโยบายความเป็นส่วนตัวดังกล่าวด้วย

7. 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 เพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงและการให้บริการของธนาคาร และ/หรือ บริษัทจัดการ และเพื่อเป็นหลักฐานการบริการและรายการใช้บริการ โดยข้าพเจ้าตกลงและจะไม่โต้แย้งการใช้บันทึกการสนทนา และ/หรือ ข้อมูลดังกล่าวเป็นพยานหลักฐานอ้างอิงต่อข้าพเจ้าตามกฎหมาย

8. เพื่อประโยชน์ของข้าพเจ้า ธนาคาร และ/หรือ บริษัทจัดการ อาจส่งข้อมูลข่าวสารในเชิงพาณิชย์ เช่น ข้อมูลข่าวสารและบริการเกี่ยวกับกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ ข้อมูลการลงทุน เป็นต้น ไปยังที่อยู่อิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ เช่น E-mail Address และหมายเลขโทรศัพท์มือถือ เป็นต้น โดยข้าพเจ้าสามารถบอกเลิกหรือปฏิเสธการรับข้อมูลดังกล่าวได้โดยติดต่อ SCB Call Center โทร. 02-777-7777 หรือตามช่องทางที่ธนาคารกำหนด (กรณีบอกเลิกหรือปฏิเสธการรับข้อมูลดังกล่าวจากธนาคาร) และ/หรือ ตามช่องทางที่บริษัทจัดการกำหนด (กรณีบอกเลิกหรือปฏิเสธการรับข้อมูลดังกล่าวจากบริษัทจัดการ)

โปรดอ่านเพิ่มเติมเกี่ยวกับประกาศนโยบายความเป็นส่วนตัวของธนาคารอย่างละเอียด เพื่อเข้าใจถึงวิธีการที่ธนาคารเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่านและสิทธิของท่านที่เว็บไซต์ของธนาคาร [www.scb.co.th](http://www.scb.co.th)

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

( )

หมายเหตุ กรรมการกองทุนโปรดเก็บเอกสารฉบับนี้ไว้เป็นหลักฐาน เพื่อใช้แนบประกอบการแจ้งพินัยกรรมสมาชิกภาพกรณีสมาชิกเสียชีวิต

คณะกรรมการกองทุนได้พิจารณาแบบคำขอของท่านแล้ว และเห็นสมควรอนุมัติให้เป็นผู้รับผลประโยชน์ของกองทุนสำรองเลี้ยงชีพของบริษัทได้ โดยให้มีผลตั้งแต่วันที่.....

.....

(.....) (.....)

กรรมการกองทุน

กรรมการกองทุน

## แบบแสดงความประสงค์เปลี่ยนแปลงอัตราเงินสะสมส่วนเพิ่ม

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิก

ชื่อ(นาย/นาง/น.ส) .....นามสกุล.....  
เลขประจำตัวประชาชน.....หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....  
สังกัด.....

### ส่วนที่ 2 การแสดงความประสงค์เปลี่ยนแปลงอัตราเงินสะสมส่วนเพิ่มที่เกินกว่า 3% ตามที่กำหนด ในพระราชบัญญัติกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2558

ข้าพเจ้าขอเปลี่ยนแปลงอัตราเงินสะสมส่วนเพิ่มเป็น

- 4%       5%       6%       7%  
 8%       9%       10%

### ส่วนที่ 3 เจือใจ และข้อตกลง

- 1.สมาชิกยินยอมให้หักเงินสะสมส่วนเพิ่มจากเงินเดือน เพื่อนำส่งให้แก่กองทุนสำรองเลี้ยงชีพตามอัตราที่ได้ระบุไว้ข้างต้น
- 2.สมาชิกทราบว่าจะได้รับเงินสะสมส่วนเพิ่มนี้เมื่อสมาชิกภาพสิ้นสุดลง
- 3.สมาชิกสามารถเปลี่ยนแปลงอัตราเงินสะสมส่วนเพิ่มได้มากกว่าปีละ 1 ครั้ง
- 4.สมาชิกยื่นความประสงค์ภายในวันที่ 10 ของเดือนจะมีผล ณ เดือนที่ยื่น และสมาชิกที่ยื่นหลังจากวันที่ 10 ของเดือนจะมีผลในเดือนถัดไป

ลงชื่อสมาชิกผู้แสดงความประสงค์

.....

( )

วันที่.....

หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่งานบริหารทรัพยากรมนุษย์ กองกลาง สำนักงานอธิการบดี  
ชั้น 2 อาคาร 100 ปี สมเด็จพระศรีนครินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ 0-2529-0674-7 ต่อ 446,0-2909-1434

แบบแสดงความประสงค์เปลี่ยนแปลงอัตราเงินสะสมส่วนเพิ่ม (สมาชิกที่มีอายุงาน 15 ปีขึ้นไป)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิก

ชื่อ(นาย/นาง/น.ส) .....นามสกุล.....  
เลขประจำตัวประชาชน.....หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....  
สังกัด.....

ส่วนที่ 2 การแสดงความประสงค์เปลี่ยนแปลงอัตราเงินสะสมส่วนเพิ่มที่เกินกว่า 3% ตามที่กำหนด  
ในพระราชบัญญัติกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2558

ข้าพเจ้าขอเปลี่ยนแปลงอัตราเงินสะสมส่วนเพิ่มเป็น 4%

ส่วนที่ 3 เงื่อนไข และข้อตกลง

1. นายจ้างสมทบให้ร้อยละ 4 ของค่าจ้างต่อเดือน
2. สมาชิกยินยอมให้หักเงินสะสมส่วนเพิ่มจากเงินเดือน เพื่อนำส่งให้แก่กองทุนสำรองเลี้ยงชีพตามอัตราที่ได้ระบุไว้ข้างต้น
3. สมาชิกทราบว่าจะได้รับเงินสะสมส่วนเพิ่มนี้เมื่อสมาชิกภาพสิ้นสุดลง
4. สมาชิกสามารถเปลี่ยนแปลงอัตราเงินสะสมส่วนเพิ่มได้มากกว่าปีละ 1 ครั้ง
5. สมาชิกยื่นความประสงค์ภายในวันที่ 10 ของเดือนจะมีผล ณ เดือนที่ยื่น และสมาชิกที่ยื่นหลังจากวันที่ 10 ของเดือนจะมีผลในเดือนถัดไป

หมายเหตุ การเปลี่ยนแปลงอัตราเงินสะสมส่วนเพิ่ม (สมาชิกที่มีอายุงาน 15 ปีขึ้นไป) นี้จะเริ่มใช้ในเดือน พฤษภาคม 2566 เป็นต้นไป

ลงชื่อสมาชิกผู้แสดงความประสงค์

.....

( )

วันที่.....

หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่งานบริหารทรัพยากรมนุษย์ กองกลาง สำนักงานอธิการบดี  
ชั้น 2 อาคาร 100 ปี สมเด็จพระศรีนครินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ 0-2529-0674-7 ต่อ 446,0-2909-1434