

แบบแสดงความจำนงเป็นสมาชิกกองทุนประกันเพิ่มทรัพย์  
สหกรณ์ออมทรัพย์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช จำกัด



เขียนที่ .....  
วันที่.....

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการ

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว. ....เลขทะเบียนสมาชิกที่.....  
สังกัด.....โทร.....ได้รับทราบรายละเอียดโครงการกองทุนประกันเพิ่มทรัพย์  
ของสหกรณ์ออมทรัพย์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช จำกัด แล้วมีความประสงค์จะเข้าร่วมเป็นสมาชิกกองทุนประกัน  
เพิ่มทรัพย์ โดยขอให้รายละเอียดเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้านี้

1. ที่อยู่ปัจจุบัน

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่บ้าน/ซอย.....ถนน.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์.....โทร (บ้าน).....โทร. (เคลื่อนที่).....  
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ด้วยสะดวก บ้านเลขที่.....หมู่บ้าน/ซอย.....  
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ.....  
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทร (บ้าน).....  
โทร. (เคลื่อนที่).....

2. อายุและสภาพการสมรส

อายุ.....ปี วัน เดือน ปี เกิด..... ( ) โสด ( ) สมรส ( ) อื่นๆ.....

3. ผู้รับผลประโยชน์ ผลประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับจากกองทุนประกันนี้ขอมอบให้

1. สหกรณ์ออมทรัพย์ มสธ. จำกัด เท่าภาระหนี้ที่ผูกพัน

2. นาย/นาง/นางสาว.....เกี่ยวข้องเป็น.....  
กับข้าพเจ้า พักอยู่บ้านเลขที่.....ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ / เขต.....จังหวัด.....โทร..... เป็นผู้รับผลประโยชน์ดังกล่าว

3. นาย/นาง/นางสาว.....เกี่ยวข้องเป็น.....  
กับข้าพเจ้า พักอยู่บ้านเลขที่.....ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ / เขต.....จังหวัด.....โทร..... เป็นผู้รับผลประโยชน์ดังกล่าว

4. นาย/นาง/นางสาว.....เกี่ยวข้องเป็น.....  
กับข้าพเจ้า พักอยู่บ้านเลขที่.....ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ / เขต.....จังหวัด.....โทร..... เป็นผู้รับผลประโยชน์ดังกล่าว

4. การชำระเงินกองทุนประกันเพิ่มทรัพย์

ข้าพเจ้าจะชำระเงินเข้ากองทุนประกันเพิ่มทรัพย์จำนวน .....กองทุน เป็นเงิน.....บาท  
(.....) ให้สหกรณ์เป็นเงินสดทันทีเมื่อสหกรณ์เรียกให้ชำระ

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

หมายเหตุ สมาชิกคนหนึ่ง ๆ จะนำเงินเข้ากองทุนได้ไม่เกิน 15 กองทุน



**แบบแสดงความจำนงเป็นสมาชิกกองทุนประกันเพิ่มทรัพย์  
สหกรณ์ออมทรัพย์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช จำกัด**

เขียนที่ .....  
วันที่.....

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการ

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว. . . เลขทะเบียนสมาชิกที่.....  
สังกัด.....โทร.....ได้รับทราบรายละเอียดโครงการกองทุนประกันเพิ่มทรัพย์  
ของสหกรณ์ออมทรัพย์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช จำกัด แล้วมีความประสงค์จะเข้าร่วมเป็นสมาชิกกองทุนประกัน  
เพิ่มทรัพย์ โดยขอให้รายละเอียดเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้านี้

**1. ที่อยู่ปัจจุบัน**

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่บ้าน/ซอย.....ถนน.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์.....โทร (บ้าน).....โทร. (เคลื่อนที่).....  
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ด้วยสะดวก บ้านเลขที่.....หมู่บ้าน/ซอย.....  
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ.....  
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทร (บ้าน).....  
โทร. (เคลื่อนที่).....

**2. อายุและสภาพการสมรส**

อายุ.....ปี วัน เดือน ปี เกิด..... ( ) โสด ( ) สมรส ( ) อื่นๆ.....

**3. ผู้รับผลประโยชน์ ผลประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับจากกองทุนประกันนี้ขอมอบให้**

1. สหกรณ์ออมทรัพย์ มสธ. จำกัด เท่าภาวะหน้าที่ผูกพัน
2. นาย/นาง/นางสาว.....เกี่ยวข้องเป็น.....  
กับข้าพเจ้า พักอยู่บ้านเลขที่.....ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ / เขต.....จังหวัด.....โทร..... เป็นผู้รับผลประโยชน์ดังกล่าว
3. นาย/นาง/นางสาว.....เกี่ยวข้องเป็น.....  
กับข้าพเจ้า พักอยู่บ้านเลขที่.....ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ / เขต.....จังหวัด.....โทร..... เป็นผู้รับผลประโยชน์ดังกล่าว
4. นาย/นาง/นางสาว.....เกี่ยวข้องเป็น.....  
กับข้าพเจ้า พักอยู่บ้านเลขที่.....ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ / เขต.....จังหวัด.....โทร..... เป็นผู้รับผลประโยชน์ดังกล่าว

**4. การชำระเงินกองทุนประกันเพิ่มทรัพย์**

ข้าพเจ้าจะชำระเงินเข้ากองทุนประกันเพิ่มทรัพย์จำนวน .....กองทุน เป็นเงิน.....บาท  
(.....) ให้สหกรณ์เป็นเงินสดทันทีเมื่อสหกรณ์เรียกให้ชำระ

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

หมายเหตุ สมาชิกคนหนึ่ง ๆ จะนำเงินเข้ากองทุนได้ไม่เกิน 4 กองทุน