

กติกาในการเข้าร่วมประชุม

การประชุมชี้แจง โครงการประกันชีวิต - อุบัติเหตุ - สุขภาพ แบบกลุ่มแก่บุคลากรและครอบครัว

1. ขอให้ rename เปลี่ยนเป็น ชื่อ และหน่วยงานของท่าน เช่น ประกัน _สบม.
2. ในระหว่างการชี้แจง ขอให้ทีมงานชี้แจงจนจบก่อน จะไม่มีการถามระหว่างประชุม
3. ช่วงท้ายของการประชุม จะเปิดโอกาสให้สอบถาม ใช้เวลาประมาณไม่เกิน 15 นาที หากมีคำถาม เกินกว่าเวลา ขออนุญาตให้ส่งคำถาม ในช่อง Chat เพื่อให้ทีมงานรวบรวมข้อมูลต่อไป

Thank you



จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



การประชุมชี้แจง

โครงการประกันชีวิต - อุบัติเหตุ - สุขภาพ แบบกลุ่ม
แก่บุคลากรและครอบครัว

เริ่มมีผลการคุ้มครองตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2566 ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2567

วันศุกร์ที่ 10 พฤศจิกายน เวลา 13.30 -15.00 น.

ณ ห้องประชุมออนไลน์ผ่านระบบ ZOOM



กำหนดการ

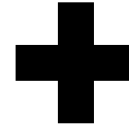


ช่วง 1 : **พิธีเปิด**การประชุมชี้แจงโครงการประกันชีวิต - อุบัติเหตุ - สุขภาพ แบบกลุ่มๆ โดย
ผู้อำนวยการสำนักบริหารทรัพยากรมนุษย์ (นางสาวนุชรา ปานกรด)



ช่วง 2 : **ชี้แจงรายละเอียด**โครงการประกันฯ โดยวิทยากรจากทีมงานบริษัท อาคเนย์ประกัน
ชีวิต จำกัด (มหาชน)

ช่วง 3 : **ตอบข้อซักถาม** เรื่องโครงการประกันฯ โดยวิทยากรจากทีมงานบริษัท อาคเนย์
ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)



โดย ผู้อำนวยการสำนักบริหารทรัพยากรมนุษย์
(นางสาวนุชรา ปานกรด)



Agenda

1

รูปแบบสวัสดิการด้านสุขภาพ

2

สวัสดิการยืดหยุ่นด้านสุขภาพ (Flexible benefit) ที่มหาวิทยาลัยจัดให้ 8 รายการ

3

ขั้นตอนการรับสมัครและดำเนินการโดย
บริษัทอาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

seLife
อาคเนย์ประกันชีวิต



แผนและรูปแบบโครงการประกันสุขภาพแบบกลุ่ม ๆ ปี 2566 -2567

สำหรับพนักงานมหาวิทยาลัย



สำหรับพนักงานมหาวิทยาลัย

(หมวดเงินเดือนหมุน, หมวดเงินรายได้, หมวม.ที่เปลี่ยนสถานภาพมาจากข้าราชการ และพนักงาน ปรภ.)

แผนและรูปแบบโครงการประกันสุขภาพฯ แบบกลุ่ม และสวัสดิการยืดหยุ่น

คุ้มครองระหว่างวันที่ 1 ธ.ค. 2566 – 30 พ.ย. 2567

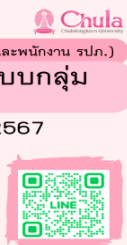
ภายใต้ความดูแลของ บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

สามารถเลือกรูปแบบแผนประกัน

แผน 1 (ค่าเบี้ย 11,000 บาท) หรือ แผน 2 (ค่าเบี้ย 10,300 บาทและสวัสดิการยืดหยุ่น 700 บาท)

ได้ตั้งแต่วันที่ 6 - 10 พฤศจิกายน 2566

ผ่าน Line official account : Thai Group (Line ID : @Thaigroup หรือ สแกน QR Code)



ผลประโยชน์ความคุ้มครอง/วงเงินเอาประกัน (คุ้มครองทั่วโลกตลอด 24 ชั่วโมง)

ผลประโยชน์

	แผน 1	หรือ	แผน 2
1. การประกันชีวิต : จ่ายเงินชดเชยกรณีเสียชีวิต (หลังจากกรมการเงินและประเมินความเสี่ยง ตลอด 24 ชั่วโมงทั่วโลก)	300,000		300,000
2. การประกันอุบัติเหตุ : จ่ายทดแทนอีกจำนวนในกรณี (อบ.2)			
2.1 อุบัติเหตุทั่วไป	300,000		300,000
2.2 อุบัติเหตุสาธารณะ			ได้รับเพิ่มอีก 1 เท่าของข้อ 2.1
2.3 ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ	-		-
3. การประกันสุขภาพ			
3.1 กรณีรักษาแบบผู้ป่วยใน (IPD)			
- ค่าห้องและค่าอาหารต่อวัน (สูงสุด 120 วันต่อครั้ง)	3,000		2,100
- ค่าห้องพยาบาลผู้ป่วยหนัก ICU (สูงสุด 30 วันต่อครั้ง)	6,000		4,200
- ค่ารักษาพยาบาลอื่น ๆ (ต่อครั้ง)	31,000		31,000
- ค่าธรรมเนียมผ่าตัด (ตามค่าใช้จ่ายจริง-สูงสุดรวม)	41,000		41,000
- ค่าปรึกษาแพทย์ทั่วไป ต่อวัน	1,000		1,000
- ค่าปรึกษาแพทย์เฉพาะทางหรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (ต่อครั้ง) (จำกัดจำนวนครั้งจำกัดจำนวนต่อวันต่อคนต่อปี)	3,000		3,000
3.2 กรณีรักษาแบบผู้ป่วยนอก (OPD)			
- ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกเฉพาะกรณีประสูติบุตรตามสัญญาเงิน ภายใต้น 72 ชั่วโมง รักษาจนกว่าจะหายหรือจนกว่าจะเต็มวงเงิน โดยไม่กำหนดวันรักษาต่อเนื่อง	10,000		6,000
- ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (นอกค่าบ) วงเงิน/ปี	20,000		20,000
4. ค่ารักษาทางทันตกรรม (ต่อปี)			
(อุดฟัน/ถอนฟัน อุดฟัน อ่อนฟัน การรักษาระยะยาวรากฟัน และผ่าฟันคุด รวมถึงค่ารักษาตามค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยโรค)	3,000		3,000

วงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับประกันสุขภาพกลุ่ม และสวัสดิการยืดหยุ่นที่มหาวิทยาลัยให้แก่พนักงาน. คนละ 11,000 บาท ต่อปี	ค่าเบี้ยประกัน	11,000 หรือ 10,300
	สวัสดิการยืดหยุ่น	- 700

ฝ่ายสิทธิประโยชน์และกาดูแลทรัพยากรมนุษย์ สำนักบริหารทรัพยากรมนุษย์

เลือกแผน 2 จะมีสวัสดิการยืดหยุ่นที่มหาวิทยาลัยจัดให้

สวัสดิการยืดหยุ่นด้านสุขภาพ



FLEXIBLE BENEFIT ปีงบประมาณ 2566

รายการ	รายละเอียด
อุปกรณ์ที่ใช้ในการป้องกันและบำบัดรักษา	<ul style="list-style-type: none"> เครื่องวัดความดันโลหิต หรือเครื่องอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องให้กับเครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องวัดน้ำตาลในเลือดและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องสำหรับเครื่องวัดน้ำตาลในเลือด ค่าใช้จ่ายเพื่อแก้ไขปัญหาการติดปลั๊กทางการแพทย์ เช่น สายตา คอนแทคเลนส์ สายตา หรืออุปกรณ์ ที่ต้องได้รับการบำบัดทางการแพทย์ การทำ ASIK เป็นต้น อุปกรณ์สำหรับช่วยขยับขาในการเดิน เช่น ไม้เท้า/ไม้ค้ำยันหรือแบริ่งแบบไม่มีแบบออลิเนียม เป็นต้น อุปกรณ์ช่วยพยุงลำคอ เช่น รีมอือ, รือเท้า, รือคอ, เจ้า, แขน, หรือ เป็นต้น อุปกรณ์เกี่ยวกับกระดูกหรือเอ็น เช่น เจลประคบร้อน/เย็น แผ่นไฟฟ้าความร้อนด้วยไฟฟ้า ค่ารถเข็นผู้ป่วย เครื่องฟอกอากาศ ปรอทวัดอุณหภูมิเออร์โมมิเตอร์วัดไข้ รองเท้าออกกำลังกาย
ค่าเบี้ยประกันสุขภาพสำหรับบุคคลในครอบครัว	<ul style="list-style-type: none"> เฉพาะแผนประกันของบริษัทประกันที่มหาวิทยาลัยเป็นผู้จัด ครอบครัวสายตรง ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร
ค่าเบี้ยประกันอุบัติเหตุสำหรับบุคคลในครอบครัว	<ul style="list-style-type: none"> เฉพาะแผนประกันของบริษัทประกันที่มหาวิทยาลัยเป็นผู้จัด ครอบครัวสายตรง ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร สามารถเบิกได้ 1 สิทธิเท่านั้น
ค่ารักษาพยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> ยกเว้นค่าบำบัดสำหรับผู้ที่มีการบำบัดแล้วหรือข้อต่อต่างๆ ของร่างกาย ยกเว้นค่าบำบัดเพื่อรักษาของจิตเวช
ค่ารักษาทางทันตกรรม	<ul style="list-style-type: none"> การตรวจฟัน เลิกขูดฟันและตรวจทางห้องคลอดอุบัติเหตุ อุจจาระ, อ่อนฟัน, ผ่า/ถอนฟัน/อุด, รักษาฟันผุ, ครอบฟัน, ขูดหินปูน, ทำฟันปลอม, รักษาโรคเหงือกอักเสบ
รายการตรวจสุขภาพประจำปีเพิ่มเติม	<ul style="list-style-type: none"> รายการตรวจที่บุคลากรประจำกรมฯเพิ่มเติมแล้วต้องชำระเงินเองในการตรวจสุขภาพประจำปีของมหาวิทยาลัย
ค่าฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรค	<ul style="list-style-type: none"> ค่าวัคซีนเพื่อป้องกันโรค เช่น วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่, วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก, วัคซีนป้องกันสุรโรค
การปรึกษาเชิงจิตวิทยา	<ul style="list-style-type: none"> การปรึกษาปัญหาด้านสุขภาพเชิงจิตวิทยา กับนักจิตวิทยา หรือจิตแพทย์ จากคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หรือ โรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลเอกชน คลินิกจิตเวช

หลักฐานประกอบการเบิกจ่าย : ใบเสร็จรับเงินที่มีเลขประจำตัวผู้เสียภาษี โดยระบุจ่ายเงินเป็นชื่อบุคลากร ยกเว้นค่าเบี้ยประกัน ให้ระบุจ่ายเงินเป็นชื่อครอบครัวสายตรงบุคลากร

สำหรับสมาชิกหลัก (ภาคสมัครใจ) และสมาชิกสมทบ



สำหรับสมาชิกหลัก (ภาคสมัครใจ) และสมาชิกสมทบ



แผนและรูปแบบโครงการประกันสุขภาพฯ แบบกลุ่ม

คุ้มครองระหว่างวันที่ 1 ธ.ค. 2566 – 30 พ.ย. 2567

ภายใต้ความดูแลของ บริษัท อคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

สมาชิกหลัก (ภาคสมัครใจ) และสมาชิกสมทบ สามารถสมัครโครงการประกันสุขภาพฯ แบบกลุ่ม

ได้ตั้งแต่วันที่ 14 - 20 พฤศจิกายน 2566

ผ่าน Line official account : Thai Group (Line ID : @Thaigroup หรือสแกน QR Code)

ชำระค่าเบี้ยได้ตั้งแต่วันที่ 22 - 28 พ.ย. 66 (เวลา 17.00 น.)



ผลประโยชน์ความคุ้มครอง/วงเงินเอาประกัน (คุ้มครองทั่วโลกตลอด 24 ชั่วโมง)	ผลประโยชน์				
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 5 ประกันอุบัติเหตุ
1. การประกันชีวิต <small>จ่ายเป็นค่าเวนคืนกรมธรรม์ - มีชีวิต (ผู้ประกันตนและครอบครัวใหญ่ ตลอด 24 ชั่วโมงทั่วโลก)</small>	300,000	300,000	200,000	100,000	10,000
2. การประกันอุบัติเหตุ <small>จ่ายทดแทนถึงจำนวนกรมธรรม์ (ธ.บ.2)</small>					
2.1 อุบัติเหตุทั่วไป	300,000	300,000	200,000	100,000	300,000
2.2 อุบัติเหตุสาธารณะ	ได้รับเพิ่มอีก 1 เท่าของข้อ 2.1				
2.3 ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ	-	-	-	-	30,000
3. การประกันสุขภาพ					
3.1 กรณีรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน (IPD)					
- ค่าห้องและค่าอาหารต่อวัน (สูงสุด 120 วันต่อครั้ง)	3,000	2,100	1,600	1,100	
- ค่าห้องพยาบาลผู้ป่วยหนัก ICU (สูงสุด 30 วันต่อครั้ง)	6,000	4,200	3,200	2,200	
- ค่ารักษาพยาบาลอื่น ๆ (ต่อครั้ง)	31,000	31,000	21,000	16,000	
- ค่าธรรมเนียมผ่าตัด (ตามที่จ่ายจริง-สูงสุดรวม)	41,000	41,000	31,000	21,000	
- ค่าปรึกษาแพทย์ทั่วไป ต่อวัน (สูงสุด 120 วันต่อครั้ง)	1,000	1,000	700	500	
- ค่าปรึกษาแพทย์เฉพาะทางหรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (ต่อครั้ง) (จ่ายแยกจากค่าใช้จ่ายทั่วไปและค่าธรรมเนียมผ่าตัด)	3,000	3,000	2,500	2,000	
3.2 กรณีรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก (OPD)					
- ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกเฉพาะกรณีประสบอุบัติเหตุฉุกเฉิน ภายใน 72 ชั่วโมง รักษาจนกว่าจะหายหรือจนกว่าจะเต็มวงเงิน โดยไม่กัณฑ์การรักษาต่อเนื่อง	10,000	6,000	5,000	4,000	-
- ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (เหมาจ่าย) วงเงินปี	20,000	20,000	15,000	10,000	
4. ค่ารักษาทางทันตกรรม (ต่อปี) <small>(ชุดฟันบน ชุดฟัน อ่อนฟัน การรักษาระยะยาวทันตกรรม และผ่าฟันคุด รวมถึงค่ารักษากรรมค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยโรค)</small>	3,000	3,000	2,000	1,000	-
ค่าเบี้ยประกัน	11,000	10,300	7,700	5,300	700



หมายเหตุ: สมาชิกสมทบสามารถเลือกซื้อแผนความคุ้มครองที่ค่าเบี้ยเท่ากับหรือน้อยกว่าสมาชิกหลัก

ไปยังลิงก์ประโยชน์และรายละเอียดของกรมธรรม์ ส่วนนี้เป็นทรัพย์สินของกรมธรรม์

3

การชี้แจงโครงการประกันชีวิต – อุบัติเหตุ – สุขภาพ
แบบกลุ่มแก่บุคลากรและครอบครัวปี 2566 – 2567
(ประกันสุขภาพแบบกลุ่ม)

seLife
อาคเนย์ประกันชีวิต

โดย วิทยากรจากทีมงานบริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

โครงการประกันชีวิต – อุบัติเหตุ – สุขภาพ
แบบกลุ่มแก่บุคลากรและครอบครัว จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



06.11.2023

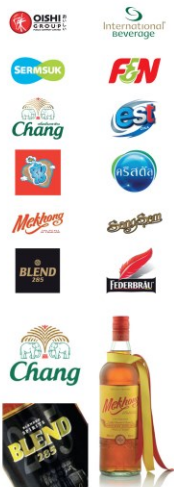
SE Life อาคเนย์ประกันชีวิต สายธุรกิจใหม่เครื่องที่ซีซี ภายใต้บมจ. ไทยกรุป โฮลดิ้งส์
 ฐานธุรกิจที่แข็งแกร่งของประเทศ



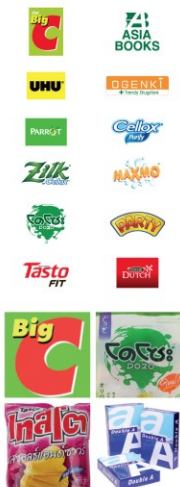
TCC GROUP



BEVERAGE



CONSUMER PRODUCT



THAI GROUP HOLDINGS
 INSURANCE & FINANCIAL

SE Life

อาคเนย์ประกันชีวิต



PROPERTY



REAL ESTATE INVESTMENT & AGRICULTURE



วิสัยทัศน์



องค์กรชั้นนำในการสร้างความมั่นคงทางการเงิน และ
ความเป็นอยู่ที่ดี
อย่างยั่งยืนเพื่อคนไทย



SE Life อาคเนย์ประกันชีวิต เติบโตอย่างมั่นคงและยั่งยืนด้วยสถานะทางการเงิน
ที่แข็งแกร่ง เคียงข้างสังคมไทยมากกว่า 77 ปี

SELife
อาคเนย์ประกันชีวิต

1 ใน 10 บริษัทประกันชีวิตชั้นนำของ
ประเทศ

เบี้ยประกันภัยรับรวมกว่า **11,000** ล้าน
บาท*

ดูแลคุ้มครองคนไทยกว่า **800,000**
กรมธรรม์

คุ้มครองทุนประกันกว่า **650,000** ล้านบาท

อัตราความยั่งยืนของกรมธรรม์ **95%**
(สูงกว่าอุตสาหกรรมที่ 81%)*

อัตราส่วนความเพียงพอของเงินกองทุน
254%
(สูงกว่าที่คปภ.กำหนด 140%)

สินทรัพย์รวมกว่า **54,761** ล้านบาท

การันตีความสำเร็จผ่านรางวัลจากสถาบันระดับประเทศและระดับสากล



โล่ประกาศเกียรติคุณบริษัทประกันชีวิตที่มีการบริหารงานดีเด่น จากสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย อย่างต่อเนื่อง ประจำปี 2548-2550, 2552, 2554, 2556 และ 2559



รางวัลโครงการพัฒนาศักยภาพศูนย์รับเรื่องราวร้องเรียน และแก้ไขปัญหาให้กับผู้บริโภค (Call Center) ดีเด่น จากสถาบันรับรองมาตรฐานไอเอสโอ โดยสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ประจำปี 2558 และ 2560



รางวัลองค์กรแห่งปี จากนิตยสาร CEO Thailand ประจำปี 2564

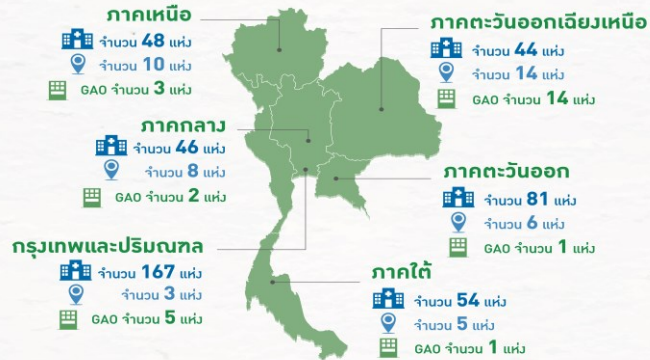


รางวัลผู้บริหารองค์กรแห่งปี จากนิตยสาร CEO Thailand ประจำปี 2564



รางวัล Asian Technology Excellence Awards 2023 ประจำปี 2566

- สถานพยาบาลเครือข่าย 440 แห่ง
- สาขา SE Life อาคเนย์ประกันชีวิต 46 แห่ง
- สำนักงานตัวแทน (GAO) 26 แห่ง



SE Life อาคเนย์ประกันชีวิต มุ่งสู่การเป็นองค์กรดิจิทัลโดยใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย
และมีความปลอดภัยในระดับสากล



เชื่อมต่อข้อมูลลูกค้าแบบ Open API
เพื่อสร้างประสบการณ์ที่ดี
ให้ทั้งกับลูกค้าและลูกค้า



ระบบ Auto Underwriting



D-Life
แพลตฟอร์มครบวงจร
สำหรับการขายและการบริการ



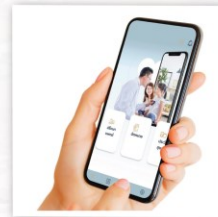
ระบบการเคลมสินไหมออนไลน์



ใบเสร็จรับเงินออนไลน์
(DCBR)



LINE Official Account
เชื่อมต่อกับทุกระบบ ให้บริการลูกค้า
แบบ One Stop Service



บริการปรึกษาแพทย์ออนไลน์



กู้เงินกรมธรรม์ออนไลน์
(ePolicy loan)

ความไว้วางใจจากลูกค้าและพันธมิตร



อนุมัติจ่ายสินไหมรวดเร็ว ภายใน 7-15 วันทำการ

ระยะเวลาการจ่ายสินไหม

97%

อนุมัติจ่ายสินไหมภายใน 7 วันทำการ

*กรณีเอกสารครบถ้วน ไม่มีการร้องขอข้อมูลเพิ่มเติม

2%

อนุมัติจ่ายสินไหมภายใน 8-15 วันทำการ

*กรณีเอกสารไม่ครบถ้วน และขอข้อมูลเพิ่มเติมและเอกสารเพิ่มเติม

1%

อนุมัติจ่ายสินไหมภายใน 15 วันทำการ

*กรณีเอกสารไม่ครบถ้วน และมีการร้องขอข้อมูลเพิ่มเติมประวัติการเสียชีวิตจากโรงพยาบาล

บริการ Line Thai Group



@thaigroup



“Line THAI GROUP”

บริการสวัสดิการพนักงานประกันกลุ่มช่วยให้คุณ
“สะดวก ง่าย จบที่เดียว”

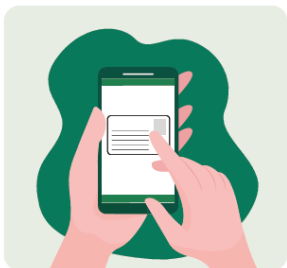
สถานพยาบาล
ในเครือช่ย

สถานพยาบาลใกล้จัน



เช็กรวมธรรม์
และบริการ eCard

หาหมอไม่ต้องพกบัตร



แจ้แยมประกันสุขภาพ

เคลมง่าย สะดวก 24 ชม.



24 ชม

สะดวก

ยื่นเคลมออนไลน์
ได้ตลอด 24 ชั่วโมง



ง่าย

ยื่นเคลมออนไลน์
และอัปโหลด
เอกสารผ่านไลน์ได้ทันที



เคลมได้ครบ

ทั้งค่ารักษาพยาบาล
ผู้ป่วยนอก อุบัติเหตุ
และการรักษาโรคมัฒ*

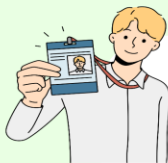


E2E Process สำหรับประกันกลุ่มจุฬา

โครงการ

ประกันสุขภาพแบบกลุ่มฯ

คุ้มครองระหว่างวันที่ 1 ธ.ค. 2566 – 30 พ.ย. 2567
ภายใต้ความดูแลของ บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)



สมาชิกหลัก (พนักงานมหาวิทยาลัย)

(หมวดเงินอุดหนุน, หมวดเงินรายได้, พนม.ที่เปลี่ยนสถานภาพมาจากข้าราชการ
และพนักงาน รปภ.)

สามารถเลือกรูปแบบแผนประกัน **แผน 1** (ค่าเบี้ย 11,000 บาท)
หรือ **แผน 2** (ค่าเบี้ย 10,300 บาทและสวัสดิการยัดหยุน 700 บาท)

ได้ตั้งแต่วันที่ 6 - 10 พฤศจิกายน 2566



ผ่านช่องทาง

LINE OFFICIAL ACCOUNT :

THAI GROUP

(LINE ID : @THAIGROUP หรือ

สแกน QR CODE)

สมาชิกหลัก (ภาคสมัครใจ)



ข้าราชการ ลูกจ้างประจำเงินงบประมาณแผ่นดิน
ลูกจ้างประจำเงินนอกงบประมาณแผ่นดิน ลูกจ้าง/
พนักงานอื่นๆ และ บุคลากรของมหาวิทยาลัยที่
เกษียณอายุ

สามารถซื้อแผนประกันทั้ง 5 แผน

ได้ตั้งแต่วันที่ 14 - 20

พฤศจิกายน 2566

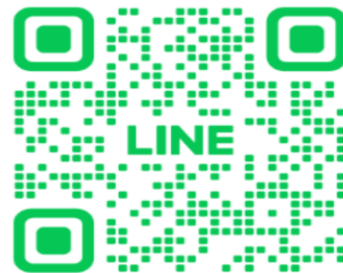
สมาชิกสมทบ

สมาชิกในครอบครัวของบุคลากร

สามารถซื้อแผนประกันทั้ง 5 แผน

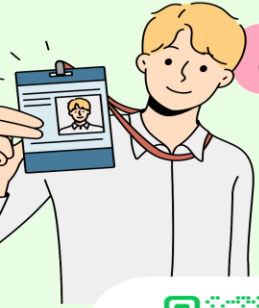
ได้ตั้งแต่วันที่ 14 - 20

พฤศจิกายน 2566



โครงการ ประกันสุขภาพแบบกลุ่มฯ

คุ้มครองระหว่างวันที่ 1 ธ.ค. 2566 – 30 พ.ย. 2567
ภายใต้ความดูแลของ บริษัท อากนีย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)



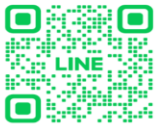
สมาชิกหลัก (พนักงานมหาวิทยาลัย) เลือกแผนในวันที่ 6 - 10 พฤศจิกายน 2566

(หมวดเงินอุดหนุน, หมวดเงินรายได้, พนม.ที่เปลี่ยนสถานภาพมาจากข้าราชการ และพนักงาน รปภ.)

เพิ่มเพื่อน line : Thai Group

LINE ID : @THAIGROUP
หรือ สแกน QR CODE

- กดปุ่มแชท, พิมพ์ Chula ในช่องแชทและกดส่ง



ลงทะเบียน

ลงทะเบียน, กรอก
ข้อมูลและเลือกรูปแบบแผนประกัน
แผน 1 หรือ แผน 2

รออีเมลตอบรับ

อีเมลตอบรับการ
สมัคร
จากอากนีย์

ยืนยันตัวตน

ยืนยันตัวตน
ในวันที่ 1 ธ.ค. 66 ผ่าน
LINE : THAI GROUP

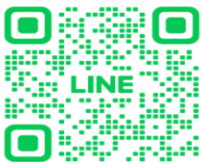
สำหรับสมาชิกหลัก (ภาคสมัครใจ) และสมาชิกสมทบ ที่ชำระค่าเบี้ยเอง

สามารถลงทะเบียนและสมัครเลือกแผนประกัน ได้ตั้งแต่วันที่ 14 - 20 พฤศจิกายน 2566

เพิ่มเพื่อน line : Thai Group

LINE ID : @THAIGROUP
หรือ สแกน QR CODE

- กดปุ่มแชท, พิมพ์ Chula ในช่องแชทและกดส่ง



ลงทะเบียน

ลงทะเบียน, กรอก
ข้อมูลและเลือกรูปแบบแผนประกัน
มี 5 แผน

อีเมลแจ้งหนี้และชำระเงิน

- รับเมลแจ้งการชำระเงิน (BILL PAYMENT) ผ่านอีเมลของสมาชิกหลัก
- ชำระค่าเบี้ยได้ตั้งแต่วันที่ 22 - 28 พ.ย. 66 (เวลา 17.00 น.)

ยืนยันตัวตน

ยืนยันตัวตน
ในวันที่ 1 ธ.ค. 66
ผ่าน LINE : THAI GROUP



รูปแบบโครงการประกันกลุ่ม แก่บุคลากรและครอบครัว

มหาวิทยาลัย / ส่วนงานรับผิดชอบค่าเบี้ยประกัน

▪ สมาชิกประเภท 1

พนม.หมวดเงินอุดหนุนและ หมวดเงินรายได้

▪ สมาชิกประเภท 2

พนม.ที่เปลี่ยนสถานภาพมาจาก ขรก.

บุคลากรสมาชิกหลัก (ภาคสมัครใจ) และสมาชิกสมทบรับผิดชอบค่าเบี้ยประกันภัยเอง

▪ สมาชิกหลักประเภท 3

ข้าราชการ ลูกจ้างมหาวิทยาลัย (เงินนอก)

ลูกจ้างมหาวิทยาลัย(เงินบ) พนง.วิสามัญ

ลูกจ้างชั่วคราวชาวต่างชาติ

▪ สมาชิกหลักประเภท 4

บุคลากรของมหาวิทยาลัยเกษียณอายุ และ

ยังคงเป็นสมาชิกต่อเนื่อง

▪ สมาชิกสมทบประเภท 1

ครอบครัวของบุคลากร

(บิดา,มารดา,คู่สมรส,บุตรอายุไม่เกิน 23 ปี)

▪ สมาชิกสมทบประเภท 2

ครอบครัวของบุคลากรที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับ

เป็นญาติตามสายโลหิต ได้แก่ ปู่ย่า , ตายาย

ลุงป้า , น้าอา , พี่น้อง , หลาน , บุตร(อายุนอก

เหนือตามประเภท 1) และคู่ชีวิต สมัครเข้าร่วม

โครงการได้ 1 สิทธิ

สามารถสมัครเข้าโครงการฯ ได้ตั้งแต่วันที่

6 – 10 พฤศจิกายน 2566 (เวลา 17.00

น.)

สามารถสมัครเข้าโครงการฯ ได้ตั้งแต่วันที่ 14 – 20 พฤศจิกายน 2566 (เวลา 17.00 น.)

ชำระเบี้ยได้ตั้งแต่ 21 – 28 พฤศจิกายน 2566 (ก่อนเวลา 17.00 น.)

ตารางผลประโยชน์ประกันชีวิตกลุ่ม seLife



สำหรับพนักงานมหาวิทยาลัย
(หมวดเงินเดือน, หมวดเงินรายได้, พนม.ที่เปลี่ยนสถานภาพมาจากข้าราชการ และพนักงาน รปภ.)

แผนและรูปแบบโครงการประกันสุขภาพ แบบกลุ่ม
และสวัสดิการยัดหยุน

คุ้มครองระหว่างวันที่ 1 ธ.ค. 2566 – 30 พ.ย. 2567

ภายใต้ความดูแลของ บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

สามารถเลือกรูปแบบแผนประกัน
แผน 1 (ค่าเบี้ย 11,000 บาท) หรือ แผน 2 (ค่าเบี้ย 10,300 บาทและสวัสดิการยัดหยุน 700 บาท)

ได้ตั้งแต่วันที่ 6 - 10 พฤศจิกายน 2566

ผ่าน Line official account : Thai Group (Line ID : @Thaigroup หรือ สแกน QR Code)



ผลประโยชน์ความคุ้มครอง/วงเงินเอาประกัน

(คุ้มครองทั่วโลกตลอด 24 ชั่วโมง)

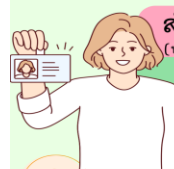
ผลประโยชน์

แผน 1 หรือ แผน 2

1. การประกันชีวิต	300,000	300,000
2. การประกันอุบัติเหตุ : จ่ายทดแทนอีกจำนวนในกรณี (อบ.2)		
2.1 อุบัติเหตุทั่วไป	300,000	300,000
2.2 อุบัติเหตุสาธารณะ	ได้รับเพิ่มอีก 1 เท่าของข้อ 2.1	
2.3 ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ	-	-
3. การประกันสุขภาพ		
3.1 กรณีรักษาแบบผู้ป่วยใน (IPD)		
- ค่าห้องและค่าอาหารต่อวัน (สูงสุด 120 วันต่อครั้ง)	3,000	2,100
- ค่าห้องพยาบาลผู้ป่วยหนัก ICU (สูงสุด 30 วันต่อครั้ง)	6,000	4,200
- ค่ารักษาพยาบาลอื่น ๆ (ต่อครั้ง)	31,000	31,000
- ค่าธรรมเนียมผ่าตัด (ตามที่จ่ายจริง-สูงสุดรวม)	41,000	41,000
- ค่าปรึกษาแพทย์ทั่วไป ต่อวัน	1,000	1,000
- ค่าปรึกษาแพทย์เฉพาะทางหรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (ต่อครั้ง) (จ่ายเฉพาะค่าใช้จ่ายที่ไม่ใช่ส่วนเกินผ่าตัด)	3,000	3,000
3.2 กรณีรักษาแบบผู้ป่วยนอก (OPD)		
- ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกเฉพาะกรณีประสบอุบัติเหตุฉุกเฉิน ภายใน 72 ชั่วโมง รักษาจนกว่าจะหายหรือจนกว่าจะเต็มวงเงิน โดยไม่กำหนดวันรักษาต่อเนื่อง	10,000	6,000
- ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (เหมาจ่าย) วงเงินปี	20,000	20,000
4. ค่ารักษาทางทันตกรรม (ต่อปี)		
(ชุดฟันปูน ชุดฟัน ถอนหิน การรักษาระยะสาหร่ายฟัน และผ่าฟันคุด รวมถึงค่ารักษาตรวจคัดกรองทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยโรค)	3,000	3,000

วงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับประกันสุขภาพกลุ่ม และสวัสดิการยัดหยุนที่มหาวิทยาลัยให้แก่พนม. คนละ 11,000 บาท ต่อปี	ค่าเบี้ยประกัน	11,000 หรือ 10,300
	สวัสดิการยัดหยุน	- 700

ฝ่ายสิทธิประโยชน์และการดูแลทรัพยากรมนุษย์ สำนักบริหารทรัพยากรมนุษย์



สำหรับพนักงานมหาวิทยาลัย
(หมวดเงินเดือน, หมวดเงินรายได้, พนม.ที่เปลี่ยนสถานภาพมาจากข้าราชการ และพนักงาน รปภ.)

ขั้นตอนการเลือกแผนประกันสุขภาพ แบบกลุ่ม

คุ้มครองระหว่างวันที่ 1 ธ.ค. 2566 – 30 พ.ย. 2567

ภายใต้ความดูแลของ บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)



1. เพิ่มเพื่อน Line official account : Thai Group โดยสแกน QR Code



2. กดปุ่มแชท, พิมพ์ Chula ในช่องแชท และกดส่ง



3. คลิก 'ลงทะเบียน'



4. กรอกข้อมูลและเลือกแผนประกัน



5. รอรับอีเมลยืนยันการสมัคร



สอบถามเพิ่มเติม บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) โทร. 02-255-5656 แจ้งว่า ประกันกลุ่ม จุฬา

For University Employees

(University staff, Security staff and employees who have changed status from being Government officials)

Group Health Insurance Plans

Coverage period from December 1, 2023 - November 30, 2024

Under the management of Southeast Life Insurance Public Company Limited (SE Life)

Can choose between Insurance **Plan 1** (Insurance Premium 11,000 THB)
or **Plan 2** (Insurance Premium 10,300 THB and Flexible Benefit 700 THB)

Selection period is from November 6 - November 10, 2023

Through the Line Official Account: Thai Group (Line ID: @Thaigroup or scan QR Code)



Coverage Type	Benefits			
	Plan 1	OR	Plan 2	
1. Life Insurance	300,000		300,000	
2. Accident Insurance				
2.1 General Accident	300,000		300,000	
* Additional coverage for murder, assault, riot, strike, revolution, terrorism, civil war, and driving or riding on a motorcycle				
2.2 Public Accident	300,000		300,000	
2.3 Medical expenses due to an accident	-		-	
3. Health Insurance				
3.1 Inpatient Department (IPD) Treatment				
- Room and board (max 120 day/time)	3,000		2,100	
- ICU charges (max 30 day/time)	6,000		4,200	
- Other medical expenses (per time)	31,000		31,000	
- Surgical fees (maximum payable per actual expense.)	41,000		41,000	
3.2 Outpatient Department (OPD) Treatment (per year)	20,000		20,000	
- Emergency accident treatment (Within 72 hrs.)	10,000		6,000	
4. Dental care (per year)	3,000		3,000	
(Scaling, fillings, extractions, root canal treatments, and impacted tooth surgery, including laboratory examination fees for diagnosis)				
Group Health Insurance Welfare Limit and Flexible Benefits provided by the university to employees: 11,000 THB per person (per year)	Insurance Premium	11,000	OR	10,300
	Flexible Benefits	-		700

For University Employees


(University staff, Security staff and employees who have changed status from being Government officials)


Steps to Select a Group Health Insurance Plan


Coverage period from December 1, 2023 - November 30, 2024

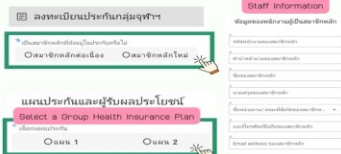
Under the management of Southeast Life Insurance Public Company Limited (SE Life)

- Add as a friend on Line official account: **Thai Group** by scanning the QR Code



- Press the chat button. Type "Chula" in the chat box and press send



- Click on "Register"


- Fill in your information and select the insurance plan



for more information please scan QR Code here


- Wait for a confirmation email





ตารางผลประโยชน์ประกันชีวิตกลุ่ม ชีวิตกลุ่ม

ศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้
จาก web site
สำนักบริหารทรัพยากร
มนุษย์

สำหรับบุคลากรและครอบครัวชาวพนักงาน มหาวิทยาลัย

แผนและรูปแบบโครงการประกันสุขภาพฯ แบบกลุ่ม

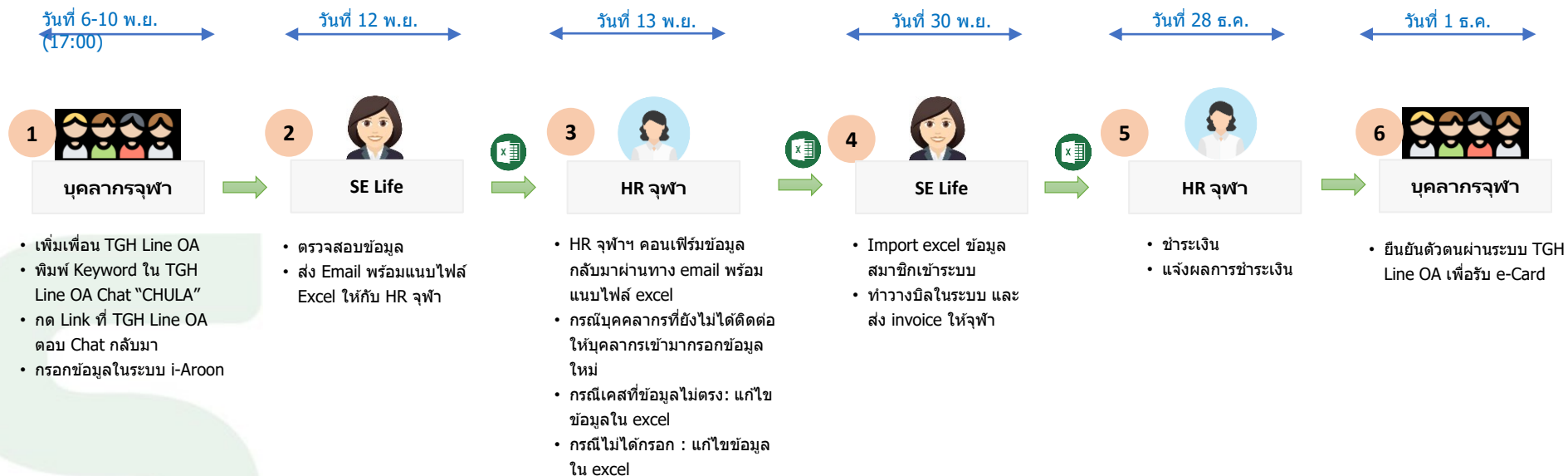
คุ้มครองระหว่างวันที่ 1 ธ.ค. 2566 - 30 พ.ย. 2567



ประโยชน์ความคุ้มครองที่ได้รับ	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)				
	แผนที่ 1	แผนที่ 2	แผนที่ 3	แผนที่ 4	แผนที่ 5
1.1. การประกันชีวิตกลุ่ม					
# เสียชีวิตจากการเจ็บป่วย/ได้รับอุบัติเหตุ ตลอด 24 ชั่วโมง	300,000	300,000	200,000	100,000	10,000
2.1. การประกันภัยอุบัติเหตุ					
2.1.1. อุบัติเหตุทั่วไป :					
1) เสียชีวิต * ภัยพิบัติการก่อวินาศกรรมประกันชีวิตกลุ่ม	300,000	300,000	200,000	100,000	300,000
2) สูญเสียอวัยวะบางส่วน	100%	100%	100%	100%	100%
3) สูญเสียอวัยวะบางส่วน สูญเสียอวัยวะหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่ง	100%	100%	100%	100%	100%
4) สูญเสียอวัยวะหนึ่งและอวัยวะหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่ง	100%	100%	100%	100%	100%
5) สูญเสียอวัยวะหนึ่ง	60%	60%	60%	60%	60%
6) สูญเสียอวัยวะหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่ง	60%	60%	60%	60%	60%
7) หุ่นรถจักรยานยนต์หรือวินมอเตอร์ไซด์	50%	50%	50%	50%	50%
8) หุ่นรถจักรยานยนต์สาธารณะ	15%	15%	15%	15%	15%
9) สูญเสียแขนขาทั้งสองข้างโดยถาวรเต็ม	75%	75%	75%	75%	75%
10) สูญเสียแขนขาทั้งสองข้างโดยถาวรเต็ม	65%	65%	65%	65%	65%
11) สูญเสียขาทั้งสองข้างโดยถาวรเต็ม	75%	75%	75%	75%	75%
12) สูญเสียขาทั้งสองข้างโดยถาวรเต็ม	65%	65%	65%	65%	65%
13) สูญเสียอวัยวะหนึ่งหรืออวัยวะหนึ่ง	25%	25%	25%	25%	25%
14) สูญเสียอวัยวะหนึ่งหรืออวัยวะหนึ่ง	10%	10%	10%	10%	10%
15) สูญเสียอวัยวะหนึ่งหรืออวัยวะหนึ่ง	10%	10%	10%	10%	10%
16) สูญเสียอวัยวะหนึ่งหรืออวัยวะหนึ่ง	8%	8%	8%	8%	8%
17) สูญเสียอวัยวะหนึ่งหรืออวัยวะหนึ่ง	4%	4%	4%	4%	4%
18) สูญเสียอวัยวะหนึ่งหรืออวัยวะหนึ่งหรืออวัยวะหนึ่ง	5%	5%	5%	5%	5%
19) สูญเสียอวัยวะหนึ่งหรืออวัยวะหนึ่ง	5%	5%	5%	5%	5%
20) สูญเสียอวัยวะหนึ่งหรืออวัยวะหนึ่ง	1%	1%	1%	1%	1%
21) ทุพพลภาพถาวรเต็ม	100%	100%	100%	100%	100%
เพื่อกำหนดคุ้มครอง : การประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มจะชดเชยความคุ้มครองในการถูกฆาตกรรม หรือลดค่าชดเชยร่างกาย การลางาน การเดินทาง การบิน ทุพพลภาพที่ผู้เอาประกันภัยมีตัวตนจริง หรืออุบัติเหตุรถจักรยานยนต์สาธารณะ รถจักรยานยนต์ การขับขี่ หรือโดยสารรถยนต์สาธารณะ					
การประกันภัยอุบัติเหตุสาธารณะกลุ่ม					
เนื่องจากไม่ได้รับผลประโยชน์ หรือการสาธารณสุขใด ๆ ซึ่งผู้เอาประกันภัยอยู่ตามถิ่นที่อยู่นอกเขตเมืองที่มีเขตที่กำนัน โดยสามารถเป็นอุปสรรคต่อผลประโยชน์สาธารณะใด ๆ (ยกเว้นอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์หรือเครื่องบิน) ยกเว้นที่ก่อให้เกิดอันตรายเป็นอุปสรรค ในภาคพิเศษที่บังคับด้วยทรัพย์สินบุคคลที่ไม่ใช่สมาชิกผู้ประกันการขนส่งสาธารณะ เป็นอุบัติเหตุการขนส่งสินค้าบนเครื่องบินสาธารณะที่ดำเนินการให้บริการแก่ผู้โดยสารเป็นประจำ เช่น รถยนต์ประจำทาง seilife					จำนวนเงินตามในกรณีอุบัติเหตุ หรือเสียชีวิต พันถึง 1 เท่า ภายหลัง 2.1
การประกันภัยอุบัติเหตุสุขภาพเฉพาะ (se.2)					
# สถิติรักษาพยาบาลต่อวันจากอุบัติเหตุ	-	-	-	-	30,000
แบบยกเงิน					
ก. ค่าตั้งผลค่าชดเชยสูงสุด 120 วัน ๆ ละ	3,000	2,100	1,600	1,100	-
- ค่าคืน ICU, สูงสุด 30 วัน ๆ ละ (แยกต่างหากจากข้อ ก.)	6,000	4,200	3,200	2,200	-
ข. ค่าบริการของโรงพยาบาล (รวมค่ารักษาพยาบาลและบริการ, ค่ารถพยาบาลไป-กลับ ไม่เกิน 2 คัน)	31,000	31,000	21,000	16,000	-
ค. ค่าธรรมเนียมการผ่าตัด (ตามจำนวน แผลในกรณี)	41,000	41,000	31,000	21,000	-
ง. ค่าเบี้ยดูแลแพทย์ในโรงพยาบาลสูงสุด 120 วัน ๆ ละ	1,000	1,000	700	500	-
จ. ค่ารักษาพยาบาลในกรณีการผ่าตัดใหญ่ (ผู้รับรองอุบัติเหตุภายใน 72 ชั่วโมง รักษาต่อเนื่องจนกว่าหาย หรือจนกว่าสิ้นชีวิตโดยไม่มีกำหนดวันรักษาต่อเนื่อง)	10,000	6,000	5,000	4,000	-
ฉ. ค่าบริการแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ต่อครั้ง (ไม่รวมอยู่ในข้อ ก. หรือ ค.)	3,000	3,000	2,500	2,000	-
OPD Follow Up (ผู้รับรองรักษาพยาบาลแบบในกรณีต่อเนื่องด้วยวิธีอื่นตามใบ 31 วัน นับจากการปล่อยโรงพยาบาลโดยผ่านเคสผู้จัดการข้อ ก. ได้ไว้)	-	-	-	-	-
แบบยกเงิน					
ค่าทำ ค่าตรวจรักษา รวมถึงค่ารถพยาบาลของอุบัติเหตุ ตามแพทย์สั่งเพื่อรักษาโรค (ไม่รวมถึงการขนส่ง)	20,000	20,000	15,000	10,000	-
การรักษาโรคร้าย แบบยกเงิน					
ค่ารักษาพยาบาลรวมค่ารถพยาบาลของอุบัติเหตุต่อวันวิธีโรค สูงสุดต่อปีกรมธรรม์ (ดูเพิ่ม ดูพัน ต่อพัน การรับประกันสุขภาพทั่วไป)	3,000	3,000	2,000	1,000	-
เงินประกันต่อคน	11,000	10,300	7,700	5,300	700

SE Life Call Center : 02-255-5656 แจ้งว่า "ประกันกลุ่มฯ"

สมาชิกกลุ่ม 1 : สมาชิกหลักต่อเนื่องและสมาชิกหลักใหม่ (जूฟ้าจ่ายค่าเบี้ยให้ และ ไม่ต้อง Underwriting)



ขั้นตอนการ เป็นเพื่อน กับ THAIGROUP

1

เพิ่มเพื่อน TGH Line OA

สามารถเพิ่มเพื่อนได้ 2 วิธี ดังนี้

วิธีที่ 1

- 1) ค้นหาเพื่อนบน Line
- 2) ระบุ @THAIGROUP

< ค้นหาเพื่อน

LINE ID หมายเลขโทรศัพท์

@THAIGROUP

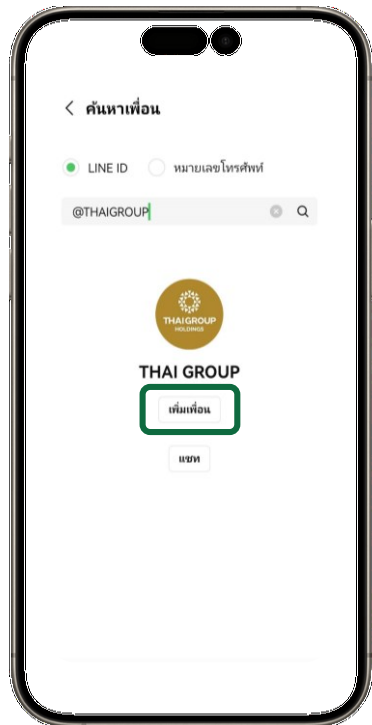
วิธีที่ 2

- 1) Scan QR code



2

ยืนยันเพิ่มเพื่อน



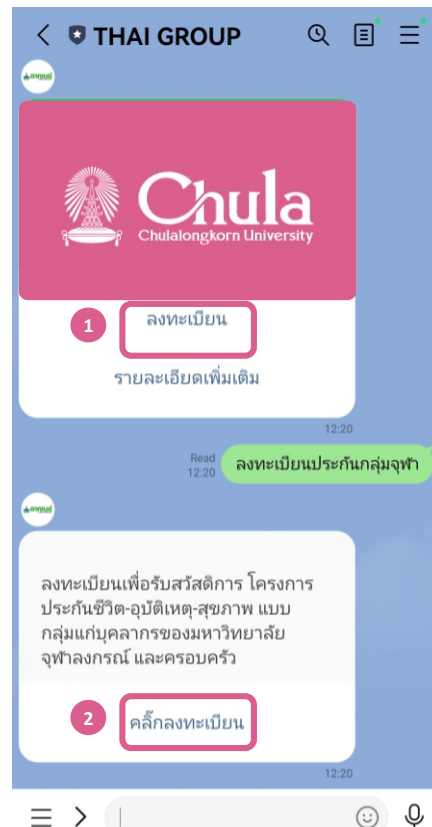
3

พิมพ์ "Chula" ใน TGH Line OA



4

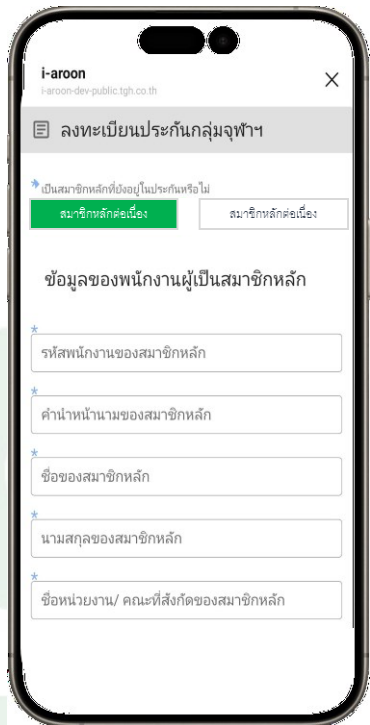
กดลงทะเบียน



ขั้นตอนการ เป็นเพื่อน กับ THAIGROUP และ ลงทะเบียนสมาชิก

5

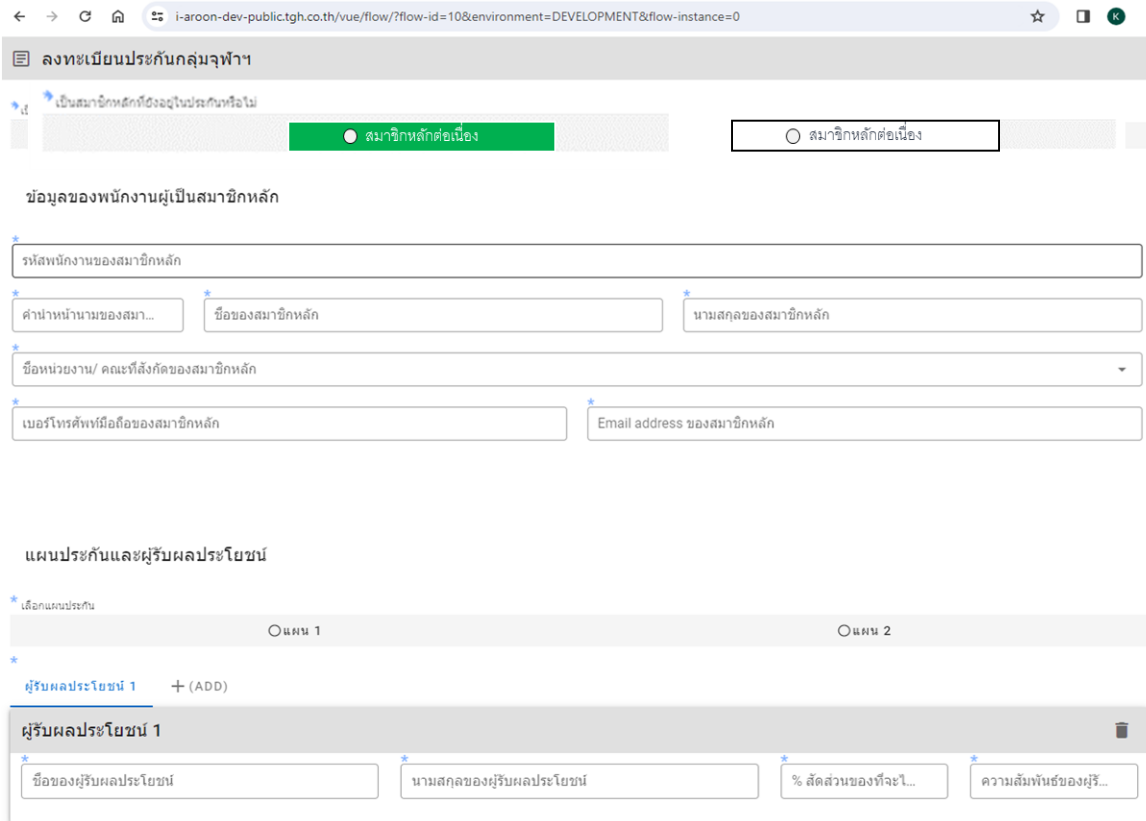
กรอกข้อมูลสมาชิก



The mobile app interface shows a registration form with the following fields:

- Header: i-aroon, i-aroon-dev-public.tgh.co.th
- Title: ลงทะเบียนประกันกลุ่มจุฬาฯ
- Question: * เป็นสมาชิกหลักที่ยังอยู่ในประกันหรือไม่
- Options: สมาชิกหลักต่อเนื่อง, สมาชิกหลักต่อเนื่อง
- Title: * ข้อมูลของพนักงานผู้เป็นสมาชิกหลัก
- Fields: รหัสพนักงานของสมาชิกหลัก, คำน่าหน้านามของสมาชิกหลัก, ชื่อของสมาชิกหลัก, นามสกุลของสมาชิกหลัก, ชื่อหน่วยงาน/ คณะที่สังกัดของสมาชิกหลัก

OR



The web browser interface shows a registration form with the following fields:

- Header: ลงทะเบียนประกันกลุ่มจุฬาฯ
- Question: * เป็นสมาชิกหลักที่ยังอยู่ในประกันหรือไม่
- Options: สมาชิกหลักต่อเนื่อง, สมาชิกหลักต่อเนื่อง
- Title: * ข้อมูลของพนักงานผู้เป็นสมาชิกหลัก
- Fields: รหัสพนักงานของสมาชิกหลัก, คำน่าหน้านามของสมาชิกหลัก, ชื่อของสมาชิกหลัก, นามสกุลของสมาชิกหลัก, ชื่อหน่วยงาน/ คณะที่สังกัดของสมาชิกหลัก, เบอร์โทรศัพท์มือถือของสมาชิกหลัก, Email address ของสมาชิกหลัก
- Title: * แผนประกันและผู้รับผลประโยชน์
- Options: แผน 1, แผน 2
- Title: * ผู้รับผลประโยชน์ 1 + (ADD)
- Title: * ผู้รับผลประโยชน์ 1
- Fields: ชื่อของผู้รับผลประโยชน์, นามสกุลของผู้รับผลประโยชน์, % สัดส่วนของที่จะไป..., ความสัมพันธ์ของผู้รับ...

seLife

ข้อมูลธนาคารเพื่อการโอนเงินค่าสินไหม

* ชื่อบัญชีของสมาชิกหลัก (สำหรับสินไหมประกันสุขภาพ)

* ชื่อธนาคารของสมาชิกหลัก (สำหรับสินไหมประกันสุขภาพ)

* เลขที่บัญชีของสมาชิกหลัก (สำหรับสินไหมประกันสุขภาพ)

* การจัดการข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลของท่านเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง บริษัท อาคเนย์ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ("บริษัท") จะดำเนินการอย่างดีที่สุดด้วยมาตรการที่เหมาะสม ในการรักษาความลับและดูแลข้อมูลส่วนบุคคลของท่านให้ปลอดภัย ท่านสามารถเลือกที่จะไม่ให้ความยินยอมโดยไม่มีข้อตกลงการพิจารณา การใช้ผลิตภัณฑ์หรือบริการ และอาจมีผลกระทบ ให้ท่านไม่ได้รับข่าวสาร หรือการนำเสนอผลิตภัณฑ์หรือบริการของบริษัท และบริษัทในเครือบริษัท ไทยครูปรี โซลคิงส์ จำกัด (มหาชน) และพันธมิตรทางธุรกิจ ท่านสามารถดูรายละเอียดการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท ตามแบบร่างของเอกสารเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับ ลูกค้า ที่เว็บไซต์ https://www.southeastlife.co.th/Data_Privacy_Policy.pdf ทั้งนี้ ท่านสามารถเปลี่ยนแปลงการ ให้ความยินยอมท่าน ระบบบริหารจัดการข้อมูล ส่วนบุคคล และศูนย์ลูกค้า โทร. 02 255 5656

* นำหน้าใจให้ความยินยอม

✓ YES

✗ NO

ความยินยอมให้บริษัทพัฒนาผลิตภัณฑ์หรือบริการให้ดียิ่งขึ้น

เพื่อให้ท่านได้รับบริการที่ดูใจมากยิ่งขึ้น จากเรา เราขอใช้ วัตถุประสงค์และพัฒนา ปรับปรุงผลิตภัณฑ์หรือบริการจากบริษัท ท่านยินยอมให้ บริษัทเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน

* นำหน้าใจให้ความยินยอม

✓ YES

✗ NO

ความยินยอมให้บริษัทนำเสนอผลิตภัณฑ์หรือบริการ

เพื่อให้ท่านไม่พลาดโอกาสรับข้อเสนอผลิตภัณฑ์หรือบริการ สิ่งพิเศษในการเข้าร่วมกิจกรรมกับบริษัท ชีววัย รวมถึงข่าวสาร คำแนะนำที่เป็นประโยชน์และโปรแกรมที่คัดสรรอย่างเหมาะสม ท่านยินยอมให้ บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลของท่าน

* นำหน้าใจให้ความยินยอม

✓ YES

✗ NO

ความยินยอมให้บริษัทในเครือ บริษัท ไทยครูปรี โซลคิงส์ จำกัด (มหาชน) และพันธมิตรทางธุรกิจนำเสนอผลิตภัณฑ์หรือบริการ

เพื่อให้ท่านไม่พลาดโอกาสรับข้อเสนอผลิตภัณฑ์หรือบริการที่พิเศษ โปรแกรมที่คัดสรรอย่างเหมาะสมจากบริษัทในเครือบริษัท ไทยครูปรี โซลคิงส์ จำกัด (มหาชน) และพันธมิตรทางธุรกิจ ท่านยินยอมให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลของท่านให้แก่บริษัทดังกล่าว บริษัทในเครือบริษัท ไทยครูปรี โซลคิงส์ จำกัด (มหาชน) และพันธมิตรทางธุรกิจ สามารถดูรายละเอียดได้จาก <https://www.southeastlife.co.th/odga/gh> กรณีเห็นเพิ่มเติมผู้รับข้อมูลภายในชื่อ : บริษัทจะแจ้งรายชื่อผู้รับข้อมูลและขอความยินยอมอีกครั้ง ยกเว้น กรณีผู้รับข้อมูลอยู่ในเครือบริษัท ไทยครูปรี โซลคิงส์ จำกัด (มหาชน) บริษัทจะแจ้งรายชื่อผู้รับข้อมูลเปลี่ยนแปลงให้ท่านบนเว็บไซต์ของบริษัท

* นำหน้าใจให้ความยินยอม

✓ YES

✗ NO

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์ที่จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่


ท่านมีความประสงค์ และยินยอมให้นำเงินประกันชีวิตหรือผลประโยชน์อื่นใดของกรมการประกันภัยที่ท่านถือครองไว้ ว่าเป็นผู้ถือหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร ไม่ประสงค์และประสงค์ขอยกเว้นภาษีเงินได้ดังกล่าว

* นำหน้าใจให้ความยินยอม

✓ YES


✗ NO

SUBMIT

 Please confirm to do "SUBMIT".

✓ CONFIRM ✕




ขอบคุณ
Thank you

บริษัทได้รับข้อมูลจากท่านเรียบร้อยแล้ว
We've received your submission.



File Message Help Tell me what you want to do

Ignore Delete Archive Reply Reply All Forward Meeting IM More Share to Teams Team Email Done

Delete Respond Teams Quick Steps

พฤ, 9/11/2566 11:56
iAroon System <i-aron@tgh.co.th>
[DEV]แจ้งผลการขออนุมัติระบบกลุ่ม (จุฬาฯ 2566-2567)

Kornwan Chummunvei
Click here to download pictures. To help protect your privacy, Outlook prevented automatic download of some pictures in this message.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

THIS EMAIL IS NOT SENT FROM THE PRODUCTION SYSTEM.

It's sent to you for testing purpose only. Please do not perform any action related to real customers.
อีเมลฉบับนี้ถูกเขียนขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์ในการทดสอบระบบเท่านั้น ขออภัยในความไม่สะดวก.

มีเรียน คุณ เอส.จี โฉมดี

ทางคุณได้รับอีเมลฉบับนี้โดยระบบอัตโนมัติ


รายละเอียดข้อมูลใบสมัคร

ประเภทของสมาชิกหลัก : กลุ่ม 3
รหัสพนักงานของสมาชิกหลัก : 111111111
ชื่อ-นามสกุลของสมาชิกหลัก : นาย เอส.จี โฉมดี
ชื่อหน่วยงาน คณะที่สังกัดของสมาชิกหลัก : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เบอร์โทรศัพท์มือถือของสมาชิกหลัก : 1234567890
Email address ของสมาชิกหลัก : Kornwan.02@qg.co.th
ผู้รับผลประโยชน์ :
นาย เอส.จี โฉมดี (สัดส่วน 100%) (ความสมัครใจผู้ส่ง)

ชื่อบัญชีของสมาชิกหลัก : ธนาคารกรุงไทย
ชื่อนามการของสมาชิกหลัก : นายเอส.จี โฉมดี
เลขที่บัญชีของสมาชิกหลัก : 1234567890

หากตรวจสอบแล้วพบว่าข้อมูลไม่ถูกต้องหรือต้องการปรับเปลี่ยนข้อมูล โปรดทำการกรอกแบบฟอร์มเข้ามาใหม่ โดยระบบจะติดตามการส่งคืนข้อมูล

ขอแสดงความนับถือ



สมาชิกกลุ่ม 2 : สมาชิกหลักต่อเนื่อง, สมทบต่อเนื่อง, หลักใหม่ (สมาชิกจ่ายค่าเบี้ยเอง และ ไม่ต้อง Underwriting)



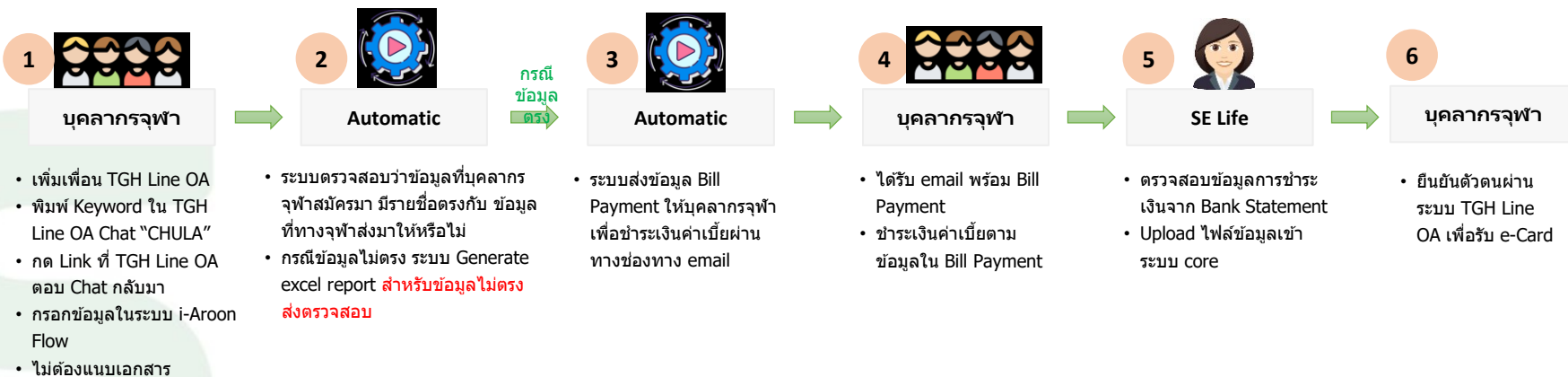
วันที่ 14 - 20 พ.ย. (17:00)

วันที่ 22 พ.ย.

วันที่ 22- 28 พ.ย. 17:00 น.

วันที่ 29-30 พ.ย.

วันที่ 1 ธ.ค.



ขั้นตอนการ เป็นเพื่อน กับ THAIGROUP

1

เพิ่มเพื่อน TGH Line OA

สามารถเพิ่มเพื่อนได้ 2 วิธี ดังนี้

วิธีที่ 1

- 1) ค้นหาเพื่อนบน Line
- 2) ระบุ @THAIGROUP

< ค้นหาเพื่อน

LINE ID หมายเลขโทรศัพท์

@THAIGROUP

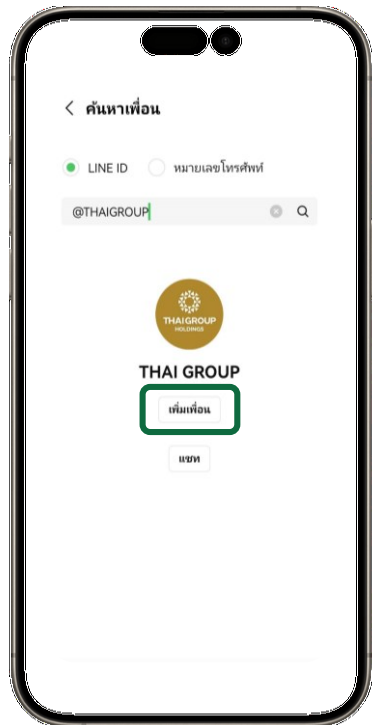
วิธีที่ 2

- 1) Scan QR code



2

ยืนยันเพิ่มเพื่อน



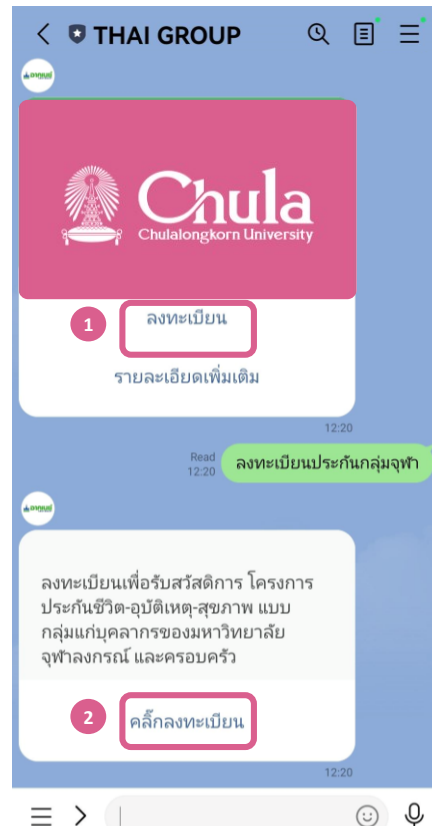
3

พิมพ์ "Chula" ใน TGH Line OA



4

กดลงทะเบียน



ลงทะเบียนประกันกลุ่มจุฬาฯ

* ประเภทกลุ่มของสมาชิก

กลุ่ม 2

กลุ่ม 3

* ประเภทสมาชิก

สมาชิกหลักต่อเนื่อง(ภาคสมัครใจ)

สมาชิกหลักใหม่(ภาคสมัครใจ)

สมาชิกสมทบต่อเนื่อง(ภาคสมัครใจ)

* ท่านประสงค์ที่จะใช้สิทธิเพื่อขอยกเว้นภาษีเงินได้หรือไม่

YES

NO

ข้อมูลของพนักงานผู้เป็นสมาชิกหลัก

* รหัสพนักงานของสมาชิกหลัก

* คำนำหน้าชื่อตำแหน่งของสมาชิก...

* คำนำหน้านามของสมาชิกหลัก

* ชื่อของสมาชิกหลัก

* นามสกุลของสมาชิกหลัก

* วันเดือนปีเกิดของสมาชิกหลัก

* เพศของสมาชิกหลัก

* เลขที่บัตรประชาชนของสมาชิกหลัก

* ชื่อหน่วยงาน/ คณะที่สังกัดของสมาชิกหลัก

* เบอร์โทรศัพท์มือถือของสมาชิกหลัก

* Email address ของสมาชิกหลัก

แผนประกันและผู้รับผลประโยชน์

* เลือกแผนประกัน

แผน 1

แผน 2

แผน 3

แผน 4

สัดส่วนของผู้รับผลประโยชน์

* ผู้รับผลประโยชน์ 1 + (ADD)

ผู้รับผลประโยชน์ 1

* สำนักหน้า...<	* ชื่อของผู้รับผลประโยชน์	* นามสกุลของผู้รับผลประโยชน์	* % สัดส่วน...	* ความสัมพันธ์ของผู้รับผลประโยชน์ ▾
-----------------	---------------------------	------------------------------	----------------	-------------------------------------

ข้อมูลธนาคารเพื่อการโอนเงินค่าสินไหม

* ชื่อบัญชีของสมาชิกหลัก (สำหรับสินไหมประกันสุขภาพ)	* ชื่อธนาคารของสมาชิกหลัก (สำหรับสินไหมประกันสุขภาพ)	* เลขที่บัญชีของสมาชิกหลัก (สำหรับสินไหมประกันสุขภาพ)
---	--	---

การจัดการข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลของท่านเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัท") จะดำเนินการอย่างดีที่สุดด้วยมาตรการที่เข้มงวด ในการรักษาความลับและข้อมูลส่วนบุคคลของท่านให้ปลอดภัย หากสามารถเลือกให้หรือไม่ให้ความยินยอมโดยไม่มีผลต่อการพิจารณา ภายใต้อัตโนมัติหรือบริการ และอาจจะมีผลกระทบ ให้ท่านไม่ได้รับชำระ หรือการนำส่งผลิตภัณฑ์หรือบริการของบริษัท และบริษัทในเครือบริษัท ไทยคัลปี โกลด์ลิงส์ จำกัด (มหาชน) และพันธมิตรทางธุรกิจ หากสามารถอยู่ภายใต้การติดตามข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท ตามแบบแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับ ลูกค้า ที่เว็บไซต์ https://www.southeastlife.co.th/Data_Privacy_Policy.pdf ทั้งนี้ ท่านสามารถเปลี่ยนผลการ ให้ความยินยอมผ่านระบบบริหารจัดการข้อมูล ส่วนบุคคล และศูนย์ลูกค้า โทร. 02 255 9656

* นำไปใช้ในความยินยอม

✓ YES	✗ NO
-------	------

ความยินยอมให้บริษัทพัฒนาผลิตภัณฑ์หรือบริการให้ดียิ่งขึ้น

เพื่อให้ท่านได้รับบริการที่ดูใจมากขึ้น จากการใช้ระบบ วีซีเอ ทำสถิติและพัฒนา ปรับปรุงผลิตภัณฑ์หรือบริการจากบริษัท ท่านยินยอมให้ บริษัทเป็นระบบ ใช่และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน

* นำไปใช้ในความยินยอม

✓ YES	✗ NO
-------	------

ความยินยอมให้บริษัทนำเสนอผลิตภัณฑ์หรือบริการ

เพื่อให้ท่านไม่พลาดโอกาสสินข้อเสนอผลิตภัณฑ์หรือบริการ สิ่งดีพิเศษในการเข้าร่วมกิจกรรมกับบริษัทอื่น รวมถึงข่าวสาร ค่าแนะนำที่เป็นประโยชน์และประโยชน์ที่คิดสรรอย่างเหมาะสม ท่านยินยอมให้บริษัทเป็นระบบ ใช่ และเปิดเผยข้อมูลของท่าน

* นำไปใช้ในความยินยอม

✓ YES	✗ NO
-------	------

ความยินยอมให้บริษัทในเครือ บริษัท ไทยคัลปี โกลด์ลิงส์ จำกัด (มหาชน) และพันธมิตรทางธุรกิจนำเสนอผลิตภัณฑ์หรือบริการ

เพื่อให้ท่านไม่พลาดโอกาสสินข้อเสนอผลิตภัณฑ์หรือบริการ บริษัทในเครือที่คิดสรรอย่างเหมาะสมจากบริษัทในเครือบริษัท ไทยคัลปี โกลด์ลิงส์ จำกัด (มหาชน) และพันธมิตรทางธุรกิจ หากยินยอมให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลของท่านให้แก่บริษัทดังกล่าว บริษัทในเครือบริษัท ไทยคัลปี โกลด์ลิงส์ จำกัด (มหาชน) และพันธมิตรทางธุรกิจ สามารถอยู่ภายใต้การ <https://www.southeastlife.co.th/odpa/oth> กรณีเพิ่มเติมผู้รับข้อมูลในภายหลัง : บริษัทจะแจ้งรายชื่อผู้รับข้อมูลและขอความยินยอมอีกครั้ง ยกเว้น กรณีผู้รับข้อมูลอยู่ในเครือบริษัท ไทยคัลปี โกลด์ลิงส์ จำกัด (มหาชน) บริษัทจะแจ้งรายชื่อผู้รับข้อมูลเปลี่ยนแปลงให้ท่านทราบเป็นไปตามบริษัท

* นำไปใช้ในความยินยอม

✓ YES	✗ NO
-------	------


ผู้ขอเอาประกันภัยจะส่งคืนเงินให้สิทธิขอเงินบำนาญเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

หากมีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทชำระคืนผลประโยชน์เมื่อครบกำหนดสหภาพ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการสหภาพที่กำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้ที่นำเงินต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุประเภทว่าผู้เสียภาษีที่ได้รับจากสหภาพ

* นำไปใช้ในความยินยอม


✓ YES	✗ NO
-------	------

SUBMIT

 Please confirm to do "SUBMIT".

✓ CONFIRM ✕




ขอบคุณ
Thank you

บริษัทได้รับข้อมูลจากท่านเรียบร้อยแล้ว
We've received your submission.



File Message Help Tell me what you want to do

Ignore Delete Archive Reply Reply All Forward Meeting IM More Share to Teams Team Email Done

Delete Respond Teams Quick Steps

พฤ, 9/11/2566 11:56
iAroon System <i-aron@tgh.co.th>
[DEV]แจ้งผลการขึ้นข้อมูลระบบกลุ่ม (จุฬาฯ 2566-2567)

Kornwan Chummunvei
Click here to download pictures. To help protect your privacy, Outlook prevented automatic download of some pictures in this message.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

THIS EMAIL IS NOT SENT FROM THE PRODUCTION SYSTEM.

It's sent to you for testing purpose only. Please do not perform any action related to real customers.
อีเมลฉบับนี้ถูกเขียนขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์ในการทดสอบระบบเท่านั้น ขออภัยในความไม่สะดวก.

มีเรียน คุณ เอส.จี โฉมดี

ทางคุณได้รับรหัสผู้ใช้ระบบสมัครงานเรียบร้อยแล้ว

รายละเอียดข้อมูลใบสมัคร


ประเภทของสมาชิกหลัก : กลุ่ม 3
รหัสพนักงานของสมาชิกหลัก : 111111111
ชื่อ-นามสกุลของสมาชิกหลัก : นาย เอส.จี โฉมดี
ชื่อหน่วยงาน คณะที่สังกัดของสมาชิกหลัก : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เบอร์โทรศัพท์มือถือของสมาชิกหลัก : 1234567890
Email address ของสมาชิกหลัก : Kornwan.02@qg.co.th
ผู้รับผลประโยชน์ :

นาย เอส.จี โฉมดี (สัดส่วน 100%) (ความสมัครใจ ผู้สมัคร)

ชื่อบัญชีของสมาชิกหลัก : ธนาคารกรุงไทย
ชื่อนามการของสมาชิกหลัก : นายเอส.จี โฉมดี
เลขที่บัญชีของสมาชิกหลัก : 1234567890

หากตรวจสอบแล้วพบว่าข้อมูลไม่ถูกต้องหรือต้องการปรับแก้ข้อมูล โปรดทำการขอแบบฟอร์มเข้ามาใหม่ โดยระบบจะติดตามการส่งคืนผู้สุดท้าย

ขอแสดงความนับถือ



ลงทะเบียนประกันกลุ่มจุฬาฯ

* ประเภทกลุ่มของสมาชิก

○ กลุ่ม 2

○ กลุ่ม 3

* ประเภทสมาชิก

สมาชิกหลักต่อเนื่อง(ภาคสมัครใจ)

สมาชิกหลักใหม่(ภาคสมัครใจ)

สมาชิกสมทบต่อเนื่อง(ภาคสมัครใจ)

* ท่านประสงค์ที่จะใช้สิทธิเพื่อขอยกเว้นภาษีเงินได้หรือไม่

YES

NO

ข้อมูลของผู้ขอเอาประกัน

*

*

*

*

*

*

*

*

ข้อมูลของพนักงานผู้เป็นสมาชิกหลัก

*

*

*

*

*

*

*

*

แผนประกันและผู้รับผลประโยชน์

* เลือกแผนประกัน

แผน 1

แผน 2

แผน 3

แผน 4

ท่านต้องการสมัครประกันอุบัติเหตุแผน 5 เพิ่มเติมหรือไม่ (เฉพาะสมาชิกสมทบต่อเนื่องและสมาชิกสมทบใหม่ ที่เป็น ป1)

* ต้องการสมัครเพิ่มเติมหรือไม่

YES

NO

สัดส่วนของผู้รับผลประโยชน์

* ผู้รับผลประโยชน์ 1 + (ADD)

ผู้รับผลประโยชน์ 1



*

*

*

*

*

ข้อมูลธนาคารเพื่อการโอนเงินค่าสินไหม

*

*

*

การจัดการข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลของท่านเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง บริษัท อาคเนย์ประเทศไทย จำกัด (มหาชน) ("บริษัท") จะดำเนินการอย่างดีที่สุดด้วยมาตรการที่เข้มงวด ในการรักษาความลับและดูแลข้อมูลส่วนบุคคลของท่านให้ปลอดภัย ท่านสามารถเลือกให้หรือไม่ให้ความยินยอมไม่มีผลต่อการพิจารณา การใช้ผลิตภัณฑ์หรือบริการ แต่อาจจะมีผลกระทบ ให้ท่านไม่ได้รับข่าวสาร หรือการนำเสนอผลิตภัณฑ์หรือบริการของบริษัท และบริษัทในเครือบริษัท ไทยกรุ๊ป โฮลดิ้งส์ จำกัด (มหาชน) และพันธมิตรทางธุรกิจ ท่านสามารถดูรายละเอียดการจัดการข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท ตามแบบแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับ ลูกค้า ที่เว็บไซต์ https://www.southeastlife.co.th/Data_Privacy_Policy.pdf ทั้งนี้ ท่านสามารถเปลี่ยนแปลงการ ให้ความยินยอมตามระบบบริหารจัดการข้อมูล ส่วนบุคคล และศูนย์ดูแลลูกค้า โทร. 02 255 5656

* ข้าพเจ้าให้ความยินยอม YES NO

ความยินยอมให้บริษัทพัฒนาผลิตภัณฑ์หรือบริการให้ดียิ่งขึ้น

เพื่อให้ท่านได้รับบริการที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น จากการใช้งาน วิจัย พัฒนา ปรับปรุงผลิตภัณฑ์หรือบริการจากบริษัท ท่านยินยอมให้ บริษัทเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน

* ข้าพเจ้าให้ความยินยอม YES NO

ความยินยอมให้บริษัทนำเสนอผลิตภัณฑ์หรือบริการ

เพื่อให้ท่านไม่พลาดโอกาสรับข้อเสนอผลิตภัณฑ์หรือบริการ สิทธิพิเศษในการเข้าร่วมกิจกรรมกับบริษัทอื่น รวมถึงข่าวสาร คำแนะนำที่เป็นประโยชน์และโปรโมชั่นที่คัดสรรอย่างเหมาะสม ท่านยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลของท่าน

* ข้าพเจ้าให้ความยินยอม YES NO

ความยินยอมให้บริษัทในเครือ บริษัท ไทยกรุ๊ป โฮลดิ้งส์ จำกัด (มหาชน) และพันธมิตรทางธุรกิจนำเสนอผลิตภัณฑ์หรือบริการ

เพื่อให้ท่านไม่พลาดโอกาสรับข้อเสนอผลิตภัณฑ์หรือบริการพิเศษ โปรโมชั่นที่คัดสรรอย่างเหมาะสมจากบริษัทในเครือบริษัท ไทยกรุ๊ป โฮลดิ้งส์ จำกัด (มหาชน) และพันธมิตรทางธุรกิจ ท่านยินยอมให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลของท่านให้แก่บริษัทดังกล่าว บริษัทในเครือบริษัท ไทยกรุ๊ป โฮลดิ้งส์ จำกัด (มหาชน) และพันธมิตรทางธุรกิจ สามารถดูรายละเอียดได้จาก <https://www.southeastlife.co.th/pdpa/gth> กรณีเพิ่มเพิ่มผู้รับข้อมูลในภายหลัง : บริษัทจะแจ้งรายชื่อผู้รับข้อมูลและขอความยินยอมอีกครั้ง ยกเว้น กรณีผู้รับข้อมูลอยู่ในเครือบริษัท ไทยกรุ๊ป โฮลดิ้งส์ จำกัด (มหาชน) บริษัทจะแจ้งรายชื่อที่มีการเปลี่ยนแปลงให้ทราบบนเว็บไซต์ของบริษัท


* ข้าพเจ้าให้ความยินยอม YES NO

ผู้ขอเอาประกันภัยจะส่งค่าใช้จ่ายสิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

ท่านมีความประสงค์ และยินยอมให้บริการประกันชีวิตและส่งเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับระเบียบประกันต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่สรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากสรรพากร


* ข้าพเจ้าให้ความยินยอม YES NO

SUBMIT

 Please confirm to do "SUBMIT".

✓ CONFIRM ✕





ขอบคุณ
Thank you

บริษัทได้รับข้อมูลจากท่านเรียบร้อยแล้ว
We've received your submission.



File Message Help Tell me what you want to do

Ignore Delete Archive Reply Reply All Forward Meeting IM More Share to Teams Team Email Done

Delete Respond Teams Quick Steps

พฤ, 9/11/2566 11:56

iAroon System <i-aron@tgh.co.th>
[DEV]แจ้งผลการขออนุมัติระบบกลุ่ม (จุฬาฯ 2566-2567)

Kornwan Chummunvei

Click here to download pictures. To help protect your privacy, Outlook prevented automatic download of some pictures in this message.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

THIS EMAIL IS NOT SENT FROM THE PRODUCTION SYSTEM.

It's sent to you for testing purpose only. Please do not perform any action related to real customers.
อีเมลฉบับนี้ถูกเขียนขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์ในการทดสอบระบบเท่านั้น ขออภัยในความไม่สะดวก.

มีเรียน คุณ เอส.จี โฉมดี

ทางคุณได้รับวีดีโอได้เรียบร้อยแล้วครับขอทำงานเขียนข้อแล้ว

รายละเอียดข้อมูลใบสมัคร


ประเภทของสมาชิกหลัก : กลุ่ม 3
รหัสพนักงานของสมาชิกหลัก : 111111111
ชื่อ-นามสกุลของสมาชิกหลัก : นาย เอส.จี โฉมดี
ชื่อหน่วยงาน คณะที่สังกัดของสมาชิกหลัก : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เบอร์โทรศัพท์มือถือของสมาชิกหลัก : 1234567890
Email address ของสมาชิกหลัก : Kornwan.02@qg.co.th
ผู้รับผลประโยชน์ :

นาย เอส.จี โฉมดี (สัดส่วน 100%) (ความสมัครใจ 100%)

ชื่อบัญชีของสมาชิกหลัก : ธนาคารกรุงไทย
ชื่อนามการของสมาชิกหลัก : นายเอส.จี โฉมดี
เลขที่บัญชีของสมาชิกหลัก : 1234567890

หากตรวจสอบแล้วพบว่าข้อมูลไม่ถูกต้องหรือต้องการปรับแก้ข้อมูล โปรดทำการกรอกแบบฟอร์มเข้ามาใหม่ โดยระบบจะติดตามการส่งคืนข้อมูล

ขอแสดงความนับถือ



สมาชิกกลุ่ม 3 : สมาชิกสมทบใหม่ทั้ง ป.1 และ ป.2, (สมาชิกจ่ายค่าเบี้ยเอง และ ต้อง Underwriting)



วันที่ 14-20 พ.ย. (17:00)

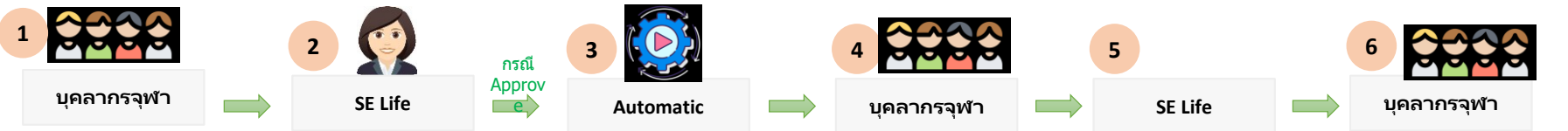
วันที่ 14-21 พ.ย.

วันที่ 22 พ.ย.

วันที่ 22-28 พ.ย. 17:00 น.

วันที่ 29-30 พ.ย.

วันที่ 1 ธ.ค.



1.1) Download+กรอกเอกสาร

- สมาชิก ป.1 Download + กรอกใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่ม (Paper)
- สมาชิก ป.2 Download+ กรอก เอกสารยืนยัน ความสัมพันธ์ส่ง HR จุฬา + กรอกใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่ม (Paper) หลังได้รับอนุมัติความสัมพันธ์ให้ดำเนินการขั้นตอน 1.2

1.2) กรอกข้อมูลสมัครในระบบ

- เพิ่มเพื่อน TGH Line OA
- พิมพ์ Keyword ใน TGH Line OA Chat "CHULA"
- กด Link ที่ TGH Line OA ดอบ Chat กลับมา
- แนบเอกสาร
 - ใบคำขอ App ยาว
 - เอกสารยืนยันความสัมพันธ์

- เข้าระบบเพื่อพิจารณา Underwriting
- กรณี Approve → ระบบส่งข้อมูล Bill Payment ผ่านช่องทาง email ให้บุคลากรฯ เพื่อชำระเงินค่าเบี้ย
- กรณี Reject → **Manual ส่ง email ให้สมาชิกพร้อมแนบไฟล์หนังสือปฏิเสธการรับประกัน,**

- ระบบส่งข้อมูล Bill Payment ให้บุคลากรฯ เพื่อชำระเงินค่าเบี้ยผ่านทางช่องทาง email

- ได้รับ email พร้อม Bill Payment
- ชำระเงินค่าเบี้ยตามข้อมูลใน Bill Payment

- ตรวจสอบข้อมูลการชำระเงินจาก Bank Statement
- ระบุผลการชำระเงิน
- แจ้งทีม GL UW
- Export ข้อมูล excel ไฟล์ สำหรับสมาชิกที่ชำระเงินแล้ว
- จัด Format file ให้ตรงตาม eBao
- Import excel ไฟล์เข้าระบบ Core system

- ยืนยันตัวตนผ่านระบบ TGH Line OA เพื่อรับ e-Card

ลงทะเบียนประกันกลุ่มจุฬาฯ

* ประเภทกลุ่มของสมาชิก

กลุ่ม 2

กลุ่ม 3

* ประเภทสมาชิก

สมาชิกสมทบใหม่(ป.1 ที่เป็นครอบครัว)

สมาชิกสมทบใหม่(ป.2 ที่ไม่ได้เป็นครอบครัว)

* ท่านประสงค์ที่จะใช้สิทธิเพื่อขอยกเว้นภาษีเงินได้ด้วยหรือไม่

YES

NO

ข้อมูลของผู้ขอเอาประกัน

กรุณาดาวน์โหลดไฟล์เพื่อกรอกข้อมูล(PDF) เมื่อกรอกเสร็จเรียบร้อยแล้วจึงกลับเข้ามากรอกข้อมูลและแนบเอกสาร(เอกสารที่กรอกข้อมูลแล้ว)ในแบบฟอร์มออนไลน์

[ดาวน์โหลด ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มสำหรับคู่ขอเอาประกันภัย](#)

[ดาวน์โหลด แบบฟอร์มหนังสือรับรองความสัมพันธ์บุคคลอื่น](#)

<input type="text" value="คำนำหน้าชื่อตำแหน่งของผู้ขอเอา..."/>	<input type="text" value="คำนำหน้านามของผู้ขอเอาประกัน"/>	<input type="text" value="ชื่อของผู้ขอเอาประกัน"/>	<input type="text" value="นามสกุลของผู้ขอเอาประกัน"/>
<input type="text" value="วันเดือนปีเกิดของผู้ขอเอาประกัน"/>	<input type="text" value="เลขที่บัตรประชาชนของผู้ขอเอาประกัน"/>	<input type="text" value="เพศของผู้ขอเอาประกัน"/>	
<input type="text" value="ความสัมพันธ์ของผู้ขอเอาประกันกับสมาชิกหลัก (คู่สมรส, บุตร, บิดาหรือมารดา, อื่นๆ)"/>			

* แนบใบคำขอเอาประกัน และเอกสารแสดงความสัมพันธ์สมาชิกหลักและสมาชิกสมทบ



ข้อมูลของพนักงานผู้เป็นสมาชิกหลัก

* รหัสพนักงานของสมาชิกหลัก

คำนำหน้าชื่อตำแหน่งของสมาชิก...

* คำนำหน้านามของสมาชิกหลัก

* ชื่อของสมาชิกหลัก

* นามสกุลของสมาชิกหลัก

* เลขที่บัตรประชาชนของสมาชิกหลัก

* ชื่อหน่วยงาน/ คณะที่สังกัดของสมาชิกหลัก

* เบอร์โทรศัพท์มือถือของสมาชิกหลัก

* Email address ของสมาชิกหลัก

* เลือกแผนประกัน

แผน 1

แผน 2

แผน 3

แผน 4

ท่านต้องการสมัครประกันอุบัติเหตุแผน 5 เพิ่มเติมหรือไม่ (เฉพาะสมาชิกสมทบต่อเนื่องและสมาชิกสมทบใหม่ ที่เป็น ป1)

* ต้องการสมัครเพิ่มหรือไม่

YES

NO

คำถามสุขภาพสำหรับผู้ขอเอาประกัน

ผู้ขอเอาประกันเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิมหรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ประกันภัยจากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นบ้างหรือไม่

* (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด)

ไม่เคย

เคย

ผู้ขอเอาประกันภัยสูบบุหรี่เคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่

* (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด)

ไม่สูบบุหรี่/ไม่เคย

สูบบุหรี่

เลิกสูบบุหรี่แล้ว

ส่วนสูง/น้ำหนักของผู้เอาประกัน

* ส่วนสูง (cm)

* น้ำหนัก (kg)

* ในรอบ 6 เดือนที่ดำเนินการนำทำใบคำขอทำงานเปลี่ยนแปลงหรือไม่

บุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา) ของผู้ขอประกันภัย เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเมหะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรค ไวรัสตับอักเสบ โรคเอดส์ (HIV) โรคมัลติเพิลสเคลอโรซิส โรคฮีสโตไซเมอร์ หรือโรคพาร์กินสัน หรือไม

* (ถ้าเป็น/เคยเป็นโปรดระบุรายละเอียด)

ไม่เป็น

เป็น/เคยเป็น

ประวัติสุขภาพในช่วงเวลาที่ผ่านมามีระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ผู้ขอประกันภัยเคยบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเคยได้รับการตรวจสุขภาพ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค (เช่น ความดันโลหิต การตรวจปัสสาวะ การตรวจเอ็กซเรย์ การตรวจเลือด การตรวจเอ็มอาร์ไอ (MRI) การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจโดยการส่องกล้อง การตรวจแมมโมแกรม การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ การตรวจแบบอื่น) หรือรับการผ่าตัด หรือการแนะนำจากแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์ทางเลือกเพื่อรับการรักษาใดๆ หรือไม่

* (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด)

ไม่เคย

เคย

ผู้ขอประกันภัยเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรค ที่อยู่ภายในรายการนี้หรือไม่ โรคหลอดเลือดในสมอง, โรคถุงลมโป่งพอง, โรคตับหรือทางเดินน้ำดี, โรคไตเรื้อรัง, โรคอัมพาต/โรคอัมพฤกษ์/โรคความดันโลหิตสูง, โรคไต, โรคต่อมไทรอยด์, โรคปอดหรือปอดอักเสบ, โรคหัวใจ, โรคข้ออักเสบ, เนื้องอก ก้อน หรือถุงน้ำ, โรคผิวหนัง, โรคมัลติเพิลสเคลอโรซิส, โรคเก๊าท์, โรคเมหะเร็ง, โรคหอบหืด, โรคหลอดเลือด, โรคเลือด, โรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, โรคแผลในทางเดินอาหาร, โรคเบาหวาน, พิกัดทางร่างกาย

* (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด)

ไม่เคย

เคย

สัดส่วนของผู้รับผลประโยชน์

* ผู้รับผลประโยชน์ 1 + (ADD)

ผู้รับผลประโยชน์ 1

* * * * *

ข้อมูลธนาคารเพื่อการโอนเงินค่าสินไหม

* * *

การจัดการข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลของท่านเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง บริษัทฯ ให้ความสำคัญกับชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) จะดำเนินการอย่างดีที่สุดด้วยมาตรการที่เข้มงวด ในการรักษาความลับและดูแลข้อมูลส่วนบุคคลของท่านให้ปลอดภัย ท่านสามารถเลือกให้หรือไม่ให้ความยินยอมโดยไม่มีผลต่อการพิจารณา การใช้ผลิตภัณฑ์หรือบริการ แต่อาจจะมีผลกระทบ ให้ท่านไม่ได้รับข่าวสาร หรือการนำเสนอผลิตภัณฑ์หรือบริการของบริษัทฯ และบริษัทฯ ในเครือบริษัท ไทยกรุ๊ป โฮลดิ้งส์ จำกัด (มหาชน) และพันธมิตรทางธุรกิจ ท่านสามารถดูรายละเอียดการจัดการข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทฯ ตามแบบแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับ ลูกค้า ที่เว็บไซต์ https://www.southeastlife.co.th/Data_Privacy_Policy.pdf ทั้งนี้ ท่านสามารถเปลี่ยนแปลงการ ให้ความยินยอมตามระบบบริหารจัดการข้อมูล ส่วนบุคคล และศูนย์ดูแลลูกค้า โทร. 02 255 5656

* ข้าพเจ้าให้ความยินยอม

✓ YES

✗ NO

ความยินยอมให้บริษัทพัฒนาผลิตภัณฑ์หรือบริการให้ดียิ่งขึ้น

เพื่อให้ท่านได้รับบริการที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น จากการใช้งาน วิจัย ทดสอบและพัฒนา ปรับปรุงผลิตภัณฑ์หรือบริการจากบริษัทฯ ท่านยินยอมให้ บริษัทฯ เก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน

* ข้าพเจ้าให้ความยินยอม

✓ YES

✗ NO

ความยินยอมให้บริษัทนำเสนอผลิตภัณฑ์หรือบริการ

เพื่อให้ท่านไม่พลาดโอกาสรับข้อเสนอผลิตภัณฑ์หรือบริการ สิทธิพิเศษในการเข้าร่วมกิจกรรมกับบริษัทฯ เป็นต้น รวมถึงข่าวสาร คำแนะนำที่เป็นประโยชน์และโปรโมชั่นที่คัดสรรอย่างเหมาะสม ท่านยินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลของท่าน

* ข้าพเจ้าให้ความยินยอม

✓ YES

✗ NO

ความยินยอมให้บริษัทในเครือ บริษัท ไทยกรุ๊ป โฮลดิ้งส์ จำกัด (มหาชน) และพันธมิตรทางธุรกิจนำเสนอผลิตภัณฑ์หรือบริการ

เพื่อให้ท่านไม่พลาดโอกาสรับข้อเสนอผลิตภัณฑ์หรือบริการพิเศษ โปรโมชั่นที่คัดสรรอย่างเหมาะสมจากบริษัทฯ ในเครือบริษัท ไทยกรุ๊ป โฮลดิ้งส์ จำกัด (มหาชน) และพันธมิตรทางธุรกิจ ท่านยินยอมให้บริษัทฯ เปิดเผยข้อมูลของท่านให้แก่บริษัทดังกล่าว บริษัทฯ ในเครือบริษัท ไทยกรุ๊ป โฮลดิ้งส์ จำกัด (มหาชน) และพันธมิตรทางธุรกิจ สามารถดูรายละเอียดได้จาก <https://www.southeastlife.co.th/pdpa/gth> กรณีเพิ่มเพิ่มผู้รับข้อมูลในภายหลัง : บริษัทฯ จะแจ้งรายชื่อผู้รับข้อมูลและขอความยินยอมอีกครั้ง ยกเว้น กรณีผู้รับข้อมูลอยู่ในเครือบริษัท ไทยกรุ๊ป โฮลดิ้งส์ จำกัด (มหาชน) บริษัทฯ จะแจ้งรายชื่อที่มีการเปลี่ยนแปลงให้ทราบบนเว็บไซต์ของบริษัทฯ

* ข้าพเจ้าให้ความยินยอม

✓ YES

✗ NO

ผู้ขอเอาประกันภัยจะส่งค่าใช้จ่ายสิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่


ท่านมีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทฯ ประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับระเบียบประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่สรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากสรรพากร

* ข้าพเจ้าให้ความยินยอม

✓ YES


✗ NO

SUBMIT

 Please confirm to do "SUBMIT".

✓ CONFIRM ✕





ขอบคุณ
Thank you

บริษัทได้รับข้อมูลจากท่านเรียบร้อยแล้ว
We've received your submission.



File Message Help Tell me what you want to do

Ignore Delete Archive Reply Reply All Forward Meeting IM More Share to Teams Team Email Done

Delete Respond Teams Quick Steps

พฤ, 9/11/2566 11:56

iAroon System <i-aron@tgh.co.th>
[DEV]แจ้งผลการขออนุมัติระบบกลุ่ม (จุฬาฯ 2566-2567)

Kornwan Chummunvei

Click here to download pictures. To help protect your privacy, Outlook prevented automatic download of some pictures in this message.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

THIS EMAIL IS NOT SENT FROM THE PRODUCTION SYSTEM.

It's sent to you for testing purpose only. Please do not perform any action related to real customers.
อีเมลฉบับนี้ถูกเขียนขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์ในการทดสอบระบบเท่านั้น ขออภัยในความไม่สะดวก.

มีเรียน คุณ เอส.จี โฉมดี

ทางคุณได้รับวีซีดีได้รับข้อมูลใบสมัครระบบของท่านเรียบร้อยแล้ว

รายละเอียดข้อมูลใบสมัคร


ประเภทของสมาชิกหลัก : กลุ่ม 3
รหัสพนักงานของสมาชิกหลัก : 111111111
ชื่อ-นามสกุลของสมาชิกหลัก : นาย เอส.จี โฉมดี
ชื่อหน่วยงาน คณะที่สังกัดของสมาชิกหลัก : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เบอร์โทรศัพท์มือถือของสมาชิกหลัก : 1234567890
Email address ของสมาชิกหลัก : Kornwan.02@qg.co.th
ผู้รับผลประโยชน์ :


นาย เอส.จี โฉมดี (สัดส่วน 100%) (ความสมัครใจ 100%)

ชื่อบัญชีของสมาชิกหลัก : ธนาคารกรุงไทย
ชื่อนามการของสมาชิกหลัก : นายเอส.จี โฉมดี
เลขที่บัญชีของสมาชิกหลัก : 1234567890

หากตรวจสอบแล้วพบว่าข้อมูลไม่ถูกต้องหรือต้องการปรับเปลี่ยนข้อมูล โปรดทำการกรอกแบบฟอร์มเข้ามาใหม่ โดยระบบจะติดตามการส่งคืนข้อมูล

ขอแสดงความนับถือ





บันทึกข้อความ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 6

ส่วนงาน _____ โทร _____
 ที่ _____ วันที่ _____
 เรื่อง ขอแจ้งชื่อสมาชิกในโครงการประกันชีวิต - อุบัติเหตุ - สุขภาพแบบกลุ่ม

เรียน ผู้อำนวยการสำนักบริหารทรัพยากรมนุษย์

ด้วยข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว) _____ ตำแหน่ง _____
 คัดกัก (ส่วนงาน/หน่วยงาน) _____
 เป็นสมาชิกหลักในโครงการประกันชีวิต - อุบัติเหตุ - สุขภาพแบบกลุ่ม ความคุ้มครองระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2565 ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2566 มีความประสงค์ขอสมัครให้บุคคลอื่นเข้าร่วมโครงการฯ เป็นสมาชิกสมทบ โดยสมัครให้ชื่อ - นามสกุล _____

มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับ

ญาติตามสายโลหิต (โปรดระบุ เช่น ปู่ย่า ตายาย ลุงป้า น้าอา พี่น้อง หลาน) _____
 บุคคลที่อยู่เกิน 23 ปี _____
 คู่ชีวิต (คู่ชีวิตที่เป็นเพศเดียวกัน) _____

โดยสมัครให้

โครงการประกันชีวิต - อุบัติเหตุ - สุขภาพ แบบกลุ่ม แก่บุคลากรและครอบครัว ความคุ้มครองเริ่มตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2565 จนถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2566 ในแบบประกัน (สามารถสมัครให้กับสมาชิกสมทบในแบบประกันที่ต่ำกว่าหรือน้อยกว่าสมาชิกหลัก)

แผน 1 8,370 บาท (OPD เหน่าจ่าย)
 แผน 2 7,560 บาท (OPD เหน่าจ่าย)
 แผน 5 5,800 บาท (OPD เหน่าจ่าย)
 แผน 6 4,020 บาท (OPD เหน่าจ่าย)
 แผน 7 4,080 บาท (OPD รายครั้ง)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าวข้างต้นมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าจริง และยินยอมให้แจ้งชื่อเป็นสมาชิกสมทบผู้ได้รับความคุ้มครองในโครงการประกันฯ และได้แนบสำเนาบัตรประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของข้าพเจ้าและสมาชิกสมทบ รวมถึงบุคคลที่เกี่ยวข้อง เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ในการประกอบการสมัครโครงการประกันชีวิต - อุบัติเหตุ - สุขภาพ แบบกลุ่มแก่บุคลากรและครอบครัว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ผลการพิจารณา

พิจารณาอนุมัติ _____
 พิจารณาไม่อนุมัติ _____
 เนื่องจาก _____

(ผู้อำนวยการสำนักบริหารทรัพยากรมนุษย์)
 วันที่ _____

ลงชื่อ _____
 (_____)

หนังสือให้ความยินยอม

เขียนที่ _____
 วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. 2565

ข้าพเจ้า _____

มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับ ญาติตามสายโลหิต บุคคลที่อยู่เกิน 23 ปี คู่ชีวิต

ยินยอมให้ นาย/นาง/นางสาว _____ ซึ่งเป็นสมาชิกหลักในโครงการประกันชีวิต - อุบัติเหตุ - สุขภาพแบบกลุ่ม แจ้งชื่อของข้าพเจ้าเป็นสมาชิกสมทบผู้ได้รับความคุ้มครองในโครงการประกันฯ ดังนี้

โครงการประกันชีวิต - อุบัติเหตุ - สุขภาพ แบบกลุ่ม แก่บุคลากรและครอบครัว ความคุ้มครองเริ่มตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2565 จนถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2566 ในแบบประกัน (สามารถสมัครให้กับสมาชิกสมทบในแบบประกันที่ต่ำกว่าหรือน้อยกว่าสมาชิกหลัก)

แผน 1 8,370 บาท (OPD เหน่าจ่าย)
 แผน 2 7,560 บาท (OPD เหน่าจ่าย)
 แผน 5 5,800 บาท (OPD เหน่าจ่าย)
 แผน 6 4,020 บาท (OPD เหน่าจ่าย)
 แผน 7 4,080 บาท (OPD รายครั้ง)


ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ _____ ผู้ให้ความยินยอม
 (_____)

ลงชื่อ _____ พยาน
 (_____)

หนังสือแจ้งการใช้สิทธิยกเว้นเงินได้ตามกฎหมาย

ยกเว้นตนเอง (กรณีชำระเบี้ยประกันภัยเอง)



seLife
สมมติประกันภัย

หนังสือแจ้งการใช้สิทธิยกเว้นเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

ที่ _____
วันที่ _____

ข้าพเจ้าชื่อ (Print) นาย (M.) นางสาว (S.M.)
 ชื่อจริง ชื่อ - นามสกุลผู้เอาประกันภัย (Name - Surname)
 (สำหรับบุคคลคู่สมรส/คู่ชีวิต) ชื่อประจำตัวประชาชนเลขที่ (National ID No.)
 (สำหรับบุคคลคู่สมรส/คู่ชีวิต) หมายเลขหนังสือทะเบียน (Registration No.)
 เลขที่ใบอนุญาต (Policy Number)

ฉันมี (S.M.)
 ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีอำนาจประสงค์ และฉันขอให้นำเงินประกันชีวิต ค่าผลประโยชน์ของบุคคลที่รับเงินผลประโยชน์จากกรมธรรม์ตามข้อลงหลัก เงื่อนไขกรมธรรม์จากกรมธรรม์ และจากคู่เอาประกันภัยเป็นรายการรายได้ (Tax - Tax Exemption) ซึ่งเป็นผู้ที่มีสิทธิยกเว้นเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร ไม่ตรงคุณสมบัติผู้เสียภาษีที่มีใบรายการกรมธรรม์เลขที่

ไม่มีอำนาจประสงค์


ฉันมี
 ผู้เอาประกันภัยขอแจ้งว่า ฉันขอให้นำเงินประกันชีวิต (บาท) ค่าผลประโยชน์ของบุคคลที่รับเงินผลประโยชน์จากกรมธรรม์ตามข้อลงหลัก เงื่อนไขกรมธรรม์จากกรมธรรม์ และจากคู่เอาประกันภัยใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรตามที่ฉันแจ้งไว้ได้ตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม หรือที่ฉันยื่นใบขอจดทะเบียนยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรตามที่ฉันแจ้งไว้ตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม

ขอเชิญ
 ()
 ผู้เอาประกันภัย

ช่องทางการสื่อสารอีเมล prvoperation@tsh.co.th

บริษัท สมมติประกันภัย จำกัด (มหาชน) 315 ถนนพหลโยธิน ชั้น 8-12 แขวงสามยุคใหม่ เขตปทุมธานี กรุงเทพมหานคร 10130
 Southeast Life Insurance Public Company Limited 315 The Group Bldg., 8-12/F., Sakon Rd., Sakon, Bangkok, Bangkok 10130
 T : 0 2641 333 P : 0 2256 7614 www.seelife.co.th
 1013000001 / 1013010001/1013020001 Registration No. / Tax ID No. 0-107000000884

ยกเว้น บิดามารดา (กรณีชำระเบี้ยประกันให้)



seLife
สมมติประกันภัย

หนังสือแจ้งการใช้สิทธิยกเว้นเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรเกี่ยวกับภาษีเงินได้ (ฉบับที่ 162) แห่ง รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย เพื่อยกเว้นภาษีเงินได้สำหรับเงินได้เท่าที่ผู้รับเงินได้จ่ายเบี้ยประกันภัยต่อกรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพบิดามารดาของผู้รับเงินได้ตามที่บิดามารดาจ่ายเบี้ยประกันภัย

วันที่ _____

ส่วนที่ 1. ชื่อผู้ซื้อเอาประกันภัย

ข้าพเจ้ามีนามนางนางสาว นามประจำครอบครัว
 ผู้เอาประกันภัยตามกรมธรรม์เลขที่ (หมายเลขกรมธรรม์ที่ผู้รับเงินได้)
 มีอำนาจประสงค์และใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้จากกรมธรรม์ที่รับเงินได้ โดยข้าพเจ้าเป็นผู้ซื้อและจ่ายเบี้ยประกันภัยให้แก่บิดามารดาผู้รับเงินได้ซึ่งมีคุณสมบัติและเงื่อนไขการยกเว้นเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร เพื่อประโยชน์ในการใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้เอาประกันภัย

()
 ผู้เอาประกันภัย

ส่วนที่ 2. ชื่อผู้ซื้อเอาประกันภัย

ข้าพเจ้ามีนามนางนางสาว นามประจำครอบครัว
 มีอำนาจประสงค์และใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้จากกรมธรรม์ที่รับเงินได้ โดยข้าพเจ้าเป็นผู้ซื้อและจ่ายเบี้ยประกันภัยให้แก่บิดามารดาผู้รับเงินได้ซึ่งมีคุณสมบัติและเงื่อนไขการยกเว้นเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร เพื่อประโยชน์ในการใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้เอาประกันภัย

ฉันมี
 ผู้เอาประกันภัยขอแจ้งว่า

1. ข้าพเจ้าเป็นผู้ซื้อและผู้รับเงินได้จากกรมธรรม์ที่กล่าวข้างต้น
2. ผู้เอาประกันภัยมีอายุตามที่ 1. มีฐานะและเป็นบิดาหรือมารดาของข้าพเจ้าหรือเงินได้ของบิดามารดาของผู้เอาประกันภัย
3. ผู้เอาประกันภัยมีอายุตามที่ 1. มีเงินบุคคลที่รับเงินได้ไม่เกิน 30,000 บาท ต่อปี

()
 ผู้จ่ายเบี้ยประกันภัย

หมายเหตุ

1. ขอสงวนสิทธิ์ในเอกสาร
 - 1.1 E-mail : prvoperation@tsh.co.th
 - 1.2 ไปรษณีย์ จำนวนนี้ 1. ย่าแก่ประกันสุขภาพ บริษัทฯ จากกรมประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เลขที่ 315 ถนนพหลโยธิน แขวงสามยุคใหม่ เขตปทุมธานี กรุงเทพมหานคร 10130

บริษัท สมมติประกันภัย จำกัด (มหาชน) 315 ถนนพหลโยธิน ชั้น 8-12 แขวงสามยุคใหม่ เขตปทุมธานี กรุงเทพมหานคร 10130
 Southeast Life Insurance Public Company Limited 315 The Group Bldg., 8-12/F., Sakon Rd., Sakon, Bangkok, Bangkok 10130
 T : 0 2641 333 P : 0 2256 7614 www.seelife.co.th
 1013000001 / 1013010001/1013020001 Registration No. / Tax ID No. 0-107000000884

ขั้นตอนการดำเนินการขอ “หนังสือรับรองการชำระเบี้ย”

- 1.) Tick ในระบบการลงทะเบียน เพื่อแจ้งความประสงค์หรือไม่ประสงค์
- 2.) สมาชิกหลัก Download เพื่อกรอก **เอกสาร*** และ Scan หรือ นำส่งภาพถ่าย (ชัดเจน)

ในขั้นการลงทะเบียน

- 3.) บริษัท จะดำเนินการจัดส่ง “หนังสือรับรองการชำระเบี้ย ” ให้แก่สมาชิกตาม E-Mail

ที่ระบุในขั้นตอนการลงทะเบียน

* - หนังสือแจ้งการใช้สิทธิขอยกเว้นเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

- แบบฟอร์มหนังสือแจ้งการใช้สิทธิขอยกเว้นเงินได้สำหรับการประกันสุขภาพบิดามารดา

CLAIM

โรงพยาบาลและคลินิกคู่สัญญาอาคเนย์ประกันชีวิต

รวมสถานพยาบาลที่ให้บริการ 446 แห่ง

- โรงพยาบาล (IPD+OPD) 311 แห่ง *
- โรงพยาบาล (IPD) 9 แห่ง
- สถานพยาบาล , คลินิก (OPD) 126 แห่ง *

* สามารถใช้สิทธิผ่านระบบ Online (แสดงบัตรประชาชน) 311 แห่ง

การเรียกร้องสินไหมทดแทน

สำหรับโรงพยาบาลคู่สัญญา ใช้ได้ทั้งกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

บริการเรียกร้องสินไหมทดแทน

การใช้สิทธิในโรงพยาบาล
คู่สัญญา ได้ทั้งกรณีผู้ป่วยใน
และผู้ป่วยนอก

เข้ารับการรักษาผู้ป่วยนอก
ไม่ใช่สิทธิในโรงพยาบาล
คู่สัญญา

กรณีเบิกสินไหม ผ่าน e-Claim



1

ตรวจสอบรายชื่อโรงพยาบาลคู่สัญญา

<https://www.southeastlife.co.th/services/search-hospital>



2

แสดงหน้าบัตรสุขภาพ e-Card และ บัตรประชาชน กับ
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล



3

ได้รับความคุ้มครองตามผลประโยชน์ที่ได้รับคุ้มครอง



4

กรณีมีส่วนเกินสิทธิ จะต้องชำระทันทีก่อนออกจากโรงพยาบาล

การเรียกร้องสินไหมทดแทน

สำหรับโรงพยาบาลนอกสัญญา ใช้ได้ทั้งกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

บริการเรียกร้องสินไหมทดแทน

การใช้สิทธิในโรงพยาบาล
คู่สัญญา ได้ทั้งกรณีผู้ป่วยใน
และผู้ป่วยนอก

เข้ารับการรักษาผู้ป่วยนอก
ไม่ใช่สิทธิในโรงพยาบาล
คู่สัญญา

กรณีเบิกสินไหม ผ่าน e-Claim



1

สำรองจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล



2

รวบรวมและส่งหลักฐานทั้งหมด เพื่อนำมาเรียกร้องค่ารักษา
จากบริษัทฯ
ใบเสร็จรับเงินตัวจริง
ใบรับรองแพทย์ ซึ่งระบุค่าวินิจฉัยโรค
ใบรายละเอียดค่าใช้จ่าย (ใบสรุปหน้าบ) กรณีคนไข้ใน



3

รวบรวมเอกสารส่งที่ฝ่ายทรัพยากรบุคคล เพื่อบริษัทฯ
พิจารณาและดำเนินการจ่ายคืนให้แก่สมาชิกฯ ต่อไป

การเรียกร้องสินไหมทดแทน

สำหรับ e-Claim ประกันกลุ่ม D-Claim GL



บริการเรียกร้องสินไหมทดแทน

การใช้สิทธิในโรงพยาบาล
คู่สัญญา ได้ทั้งกรณีผู้ป่วยใน
และผู้ป่วยนอก

เข้ารับการรักษาผู้ป่วยนอก
ไม่ใช้สิทธิในโรงพยาบาล
คู่สัญญา

กรณีเบิกสินไหม ผ่าน e-Claim

1. คลิกเคลมประกันสุขภาพ

รายการประกันกลุ่มของคุณ

ข้อมูลขออัน (My Port)

SE Life อาคมย์ประกันชีวิต

ดูข้อมูลกรมธรรม์ / View policy info

เคลมประกันสุขภาพ

บริการเคลม
ประกันสุขภาพ

กรมธรรม์ประกันสุขภาพ
ที่เข้าเงื่อนไขเคลมผ่านไลน์

- ไม่แต่ประเภทของการเคลม ผู้เอาประกัน 1 รายสามารถเคลมผ่านไลน์ได้ 5 ครั้งต่อปีไม่เกิน 5,000 บาทต่อครั้ง
- ผู้เอาประกันที่อายุน้อยกว่า 20 ปีบริบูรณ์ สามารถเคลมได้ผ่านการใช้งานผ่านระบบของผู้ชำระเบี้ยหรือสมาชิกหลัก
- ผู้เอาประกันหรือสมาชิกเสริมที่อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป สามารถเคลมผ่านบัญชีอีเมลขอเคลมไม่ได้

สมาชิกหลัก
กรมธรรม์ : XXXXXX
ชื่อ - นามสกุล : XXXXXX
ชื่อขานาม : บริษัท ไทยกรุ๊ป เซอร์วิสเซส จำกัด

สมาชิกหลัก
กรมธรรม์ : XXXXXX
ชื่อ - นามสกุล : XXXXXX
ชื่อขานาม : บริษัท ไทยกรุ๊ป เซอร์วิสเซส จำกัด

ยืนยัน

3. คลิกเลือกบริการเคลม

- การรักษายาบาลผู้ป่วยนอก
- การรักษายาบาลอุบัติเหตุ
- การรักษายาบาลโรคฟัน

*สิทธิการยื่นผ่านไลน์เพื่อประเภทการเคลมไม่เกิน 5 ครั้ง

D-Claim SE Life
ประกันสุขภาพ

กรมธรรม์ประกันสุขภาพ
ที่เข้าเงื่อนไขเคลมผ่านไลน์

- ไม่แต่ประเภทของการเคลม ผู้เอาประกัน 1 รายสามารถเคลมผ่านไลน์ได้ 5 ครั้งต่อปีไม่เกิน 5,000 บาทต่อครั้ง
- ผู้เอาประกันที่อายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ สามารถเคลมได้ผ่านการเข้าใช้งานผ่านระบบของผู้ชำระเบี้ยหรือสมาชิกหลัก
- ผู้เอาประกันหรือสมาชิกเสริมที่อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป สามารถเคลมผ่านบัญชีอีเมลขอเคลมไม่ได้

สมาชิกหลัก
กรมธรรม์ : 123456789009876
ชื่อ - นามสกุล : XXXX XXXXXX
ชื่อขานาม : บริษัท ไทยกรุ๊ป เซอร์วิสเซส จำกัด

บริการเคลม
ประกันสุขภาพ

การรักษายาบาลผู้ป่วยนอก

การรักษายาบาลอุบัติเหตุ

การรักษายาบาลโรคฟัน

4. แสดงหน้าหนังสือรับความยินยอม

บริการเคลม

เว็บไซต์การใช้บริการเรียกร้องสินไหมทดแทนผ่านช่องทางออนไลน์

เงื่อนไขการให้บริการ

- ไม่รับประกันสินไหมทดแทนกรณีการเคลมที่เกินวงเงินคุ้มครอง
- ไม่รับประกันสินไหมทดแทนกรณีการเคลมที่เกินวงเงินคุ้มครอง
- ไม่รับประกันสินไหมทดแทนกรณีการเคลมที่เกินวงเงินคุ้มครอง
- ไม่รับประกันสินไหมทดแทนกรณีการเคลมที่เกินวงเงินคุ้มครอง
- ไม่รับประกันสินไหมทดแทนกรณีการเคลมที่เกินวงเงินคุ้มครอง

การรับประกันสุขภาพ

กรมธรรม์ประกันสุขภาพที่เข้าเงื่อนไขเคลมผ่านไลน์

สมาชิกหลัก

กรมธรรม์ : 123456789009876
ชื่อ - นามสกุล : XXXX XXXXXX
ชื่อขานาม : บริษัท ไทยกรุ๊ป เซอร์วิสเซส จำกัด

การรักษายาบาลผู้ป่วยนอก

การรักษายาบาลอุบัติเหตุ

การรักษายาบาลโรคฟัน

การเรียกร้องสินไหมทดแทน

บริการเรียกร้องสินไหมทดแทน

การใช้สิทธิในโรงพยาบาล
คู่สัญญา ได้ทั้งกรณีผู้ป่วยใน
และผู้ป่วยนอก

เข้ารับการรักษาผู้ป่วยนอก
ไม่ใช้สิทธิในโรงพยาบาล
คู่สัญญา

กรณีเบิกสินไหม ผ่าน e-Claim

LINE | D-Claim GL | ยื่นสินไหม – รักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก

5. คลิกเลือกประเภทการเคลม

- เจ็บป่วย
- อุบัติเหตุ

*สิทธิการยื่นผ่านไลน์ต่อประเภท
การเคลมไม่เกิน 5 ครั้ง

6.1 หากคลิกเลือกหัวข้อเจ็บป่วย

ให้กรอกข้อมูลรายละเอียดการเคลม

6.2 หากคลิกเลือกหัวข้ออุบัติเหตุ

ให้กรอกข้อมูลรายละเอียดการเคลม

กรอกข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติม
อัปโหลดเอกสารการเคลม

กรอกข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติม
อัปโหลดเอกสารการเคลม

7. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล
และ กรอกอีเมลเพื่อรับหนังสือยืนยัน
การรับคำร้อง จากนั้น กดยืนยัน

8. แสดงหน้ายืนยันที่บริษัทได้รับ
เอกสารเคลม และระบบทำการส่ง
หนังสือยืนยันการรับคำร้องผ่านทาง
อีเมล

การเรียกร้องสินไหมทดแทน

LINE | D-Claim GL | ยื่นสินไหม – รักษาพยาบาลอุบัติเหตุ

บริการเรียกร้องสินไหมทดแทน

การใช้สิทธิในโรงพยาบาล
คู่สัญญา ได้ทั้งกรณีผู้ป่วยใน
และผู้ป่วยนอก

เข้ารับการรักษาผู้ป่วยนอก
ไม่ใช้สิทธิในโรงพยาบาล
คู่สัญญา

กรณีเบิกสินไหม ผ่าน e-Claim

5. คลิกกรอกข้อมูลรายละเอียดการเคลม

6 กรอกข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติม อัปโหลดเอกสารการเคลม

7. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และ กรอกอีเมลเพื่อรับหนังสือยืนยัน การรับค่าร้อง จากนั้น กดยืนยัน

8. แสดงหน้ายืนยันที่บริษัทได้รับ เอกสารเคลม และระบบทำการส่ง หนังสือยืนยันการรับค่าร้องผ่านทาง อีเมล

การเรียกร้องสินไหมทดแทน

LINE | D-Claim GL | Email แจ้งยืนยันการรับเรื่องเรียกร้องสินไหมทดแทน

บริการเรียกร้องสินไหมทดแทน

การใช้สิทธิในโรงพยาบาล
คู่สัญญา ได้ทั้งกรณีผู้ป่วยใน
และผู้ป่วยนอก

เข้ารับการรักษาผู้ป่วยนอก
ไม่ใช้สิทธิในโรงพยาบาล
คู่สัญญา

กรณีเบิกสินไหม ผ่าน e-Claim

seLife

อาคเนย์ประกันชีวิต

เรื่อง แจ้งยืนยันการรับเรื่องเรียกร้องสินไหมทดแทน

เรียน ผู้เอาประกันภัย / ผู้มีสิทธิเรียกร้องสินไหมทดแทน

ตามที่คุณ [] ส่งเอกสารเรียกร้องสินไหมทดแทนภายใต้กรมธรรม์ประกันภัย เลขที่ [] เมื่อวันที่ 27/06/2566 ผ่านระบบการให้บริการสินไหมทดแทนอิเล็กทรอนิกส์ บริษัทฯ ได้รับเอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมทดแทนของท่าน 2 รายการ ดังนี้

1. ภาพถ่ายใบรับรองแพทย์ตัวจริง จำนวน 1 รูป
2. ภาพถ่ายใบเสร็จตัวจริง จำนวน 1 รูป

บริษัทฯ จะแจ้งผลการพิจารณาค่าใช้จ่ายตามสัญญาประกันชีวิตให้ท่านทราบภายในระยะเวลาที่กฎหมายกำหนด ทั้งนี้บริษัทฯ อาจขอข้อมูลและเอกสารประกอบการพิจารณาเพิ่มเติม (ถ้ามี) ท่านสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม หรือตรวจสอบสถานะการพิจารณาค่าใช้จ่ายตามสัญญาประกันชีวิต ได้ทุกวันทำการ เวลา 8.30-17.00 น. ศูนย์ดูแลลูกค้า โทร. 0 2255 5656

ฝ่ายพิจารณาสินไหมทดแทน

หมายเหตุ หนังสือนัดฉบับนี้พิมพ์ออกจากระบบอัตโนมัติจึงไม่มีการลงลายมือชื่อ



LINE THAI GROUP

Line OA สำหรับประกันกลุ่ม **วันที่ 1 ธันวาคม 2566**

- QR Code เพิ่มเพื่อนกับ LINE “THAI GROUP”

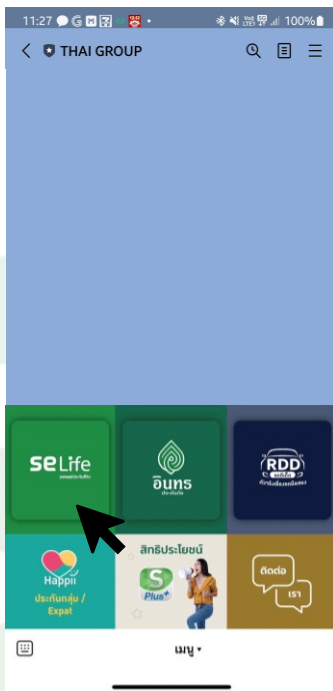
วันที่ 1 ธันวาคม 2566

เพิ่มเพื่อนกับLINE “THAI GROUP” ผ่านทาง QR Code ด้านล่างนี้

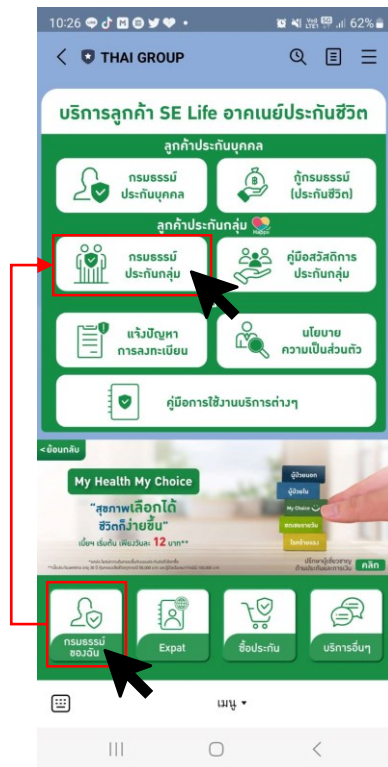


1. ขั้นตอนเข้าใช้งาน Happii บน LINE OA (THAI GROUP)

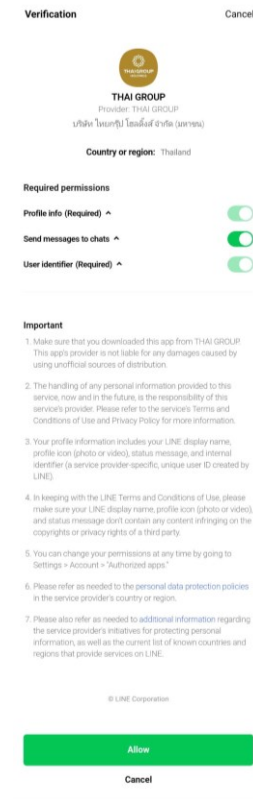
คลิก SE Life ประกันชีวิต



คลิกกรมธรรม์ของฉัน-> กรมธรรม์ประกันกลุ่ม



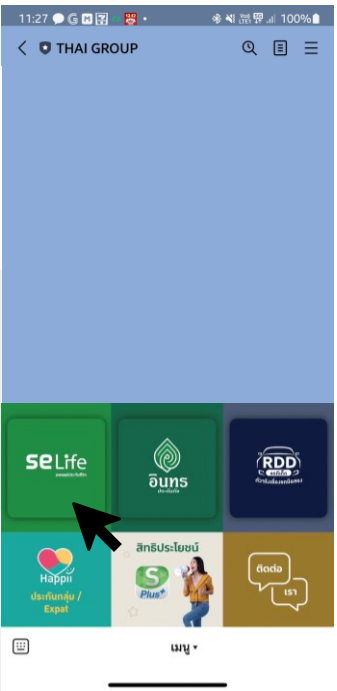
ยอมรับ Consent ของ LINE
กรณีเพิ่มเพื่อนกับ THAI GROUP ครั้งแรก



2. Happii ขั้นตอนการทำ e-KYC



1. คลิก SE Life ประกันชีวิต



2. คลิกกรมธรรม์ของฉัน-> กรมธรรม์ประกันกลุ่ม



3. ขึ้นแสดง Pop up ให้ยืนยันตัวตน



4. ขึ้นคำอธิบายการถ่ายรูปหน้าบัตรเพื่อยืนยันตัวตน



5. ถ่ายภาพบัตรประชาชนเพื่อยืนยันตัวตน



• 2. Happii ขั้นตอนการทำ e-KYC

10. กดยืนยันอีกครั้งหลังจากถ่ายภาพ

SELife | E-KYC

ภาพถ่ายหน้าตรง

ดูรูปภาพ

ยืนยัน

กรุณายืนยันตัวตนทางอิเล็กทรอนิกส์
* กรุณาเลือกภาพที่ชัดเจน ระบบจะทำการตรวจสอบข้อมูล
ภาพใบหน้าระหว่างบัตรประชาชนและใบหน้าของท่าน

©2021 บริษัทหลักทรัพย์ เอ็มโพซิทีฟ ไลฟ์ไลฟ์ จำกัด (มหาชน)

11. หน้าจอขึ้นยืนยันตัวตนสำเร็จ

SELife | E-KYC

ยืนยันตัวตนสำเร็จ

ระบบจะทำการตรวจสอบข้อมูลภาพใบหน้าระหว่างบัตรประชาชนและใบหน้าของท่านเรียบร้อยแล้ว

กรุณารอสักครู่...

©2021 บริษัทหลักทรัพย์ เอ็มโพซิทีฟ ไลฟ์ไลฟ์ จำกัด (มหาชน)

12. กรอกรหัส ยืนยัน OTP

SELife | E-KYC

ยืนยันรหัส OTP

รหัส OTP ถูกส่งไปยังหมายเลขโทรศัพท์
09-XXXX-5666

กรุณาใส่รหัส OTP ที่คุณได้รับภายใน 5 นาที

7 0 9 9 5 0

Ref : uBZYU7

ส่งอีกครั้ง

ยืนยัน OTP

©2021 บริษัทหลักทรัพย์ เอ็มโพซิทีฟ ไลฟ์ไลฟ์ จำกัด (มหาชน)

13. ปรากฏข้อมูลของฉัน

รายการประกันกลุ่มของคุณ
linea.s-sofin.com

ข้อมูลของฉัน (My Port)

บมจ. อาคเนย์ประกันชีวิต

ดูข้อมูลกรมธรรม์

เคลมประกันสุขภาพ

3. วิธีการดูข้อมูลประกันกลุ่ม Happii (รายละเอียดกรมธรรม์)

1. ระบบจะแสดงความคุ้มครองที่ได้รับ
คลิก ดูความคุ้มครอง



2. ระบบจะแสดงผลประโยชน์ที่ได้รับ
และผลประโยชน์ที่ให้ได้



เลขที่กรมธรรม์
100000584178088

รายละเอียดผู้ถือกรมธรรม์

ความสัมพันธ์	พนักงาน
หมายเลขพนักงาน	630195
ชื่อจริง	ณภุณี
นามสกุล	แสงสว่าง
เลขบัตรประชาชน	XXXXXX
หมายเลขสมาชิก	XX 52

รายละเอียดกรมธรรม์

การประกันชีวิตกลุ่ม (GTL)	แผนที่ 2
วันสิ้นสุดสัญญา	31 ส.ค. 2566
ดูความคุ้มครอง	
การประกันภัยอุบัติเหตุกรมตา (อ.บ.1) (AD1)	แผนที่ 2
วันสิ้นสุดสัญญา	31 ส.ค. 2566

3. วิธีการดูข้อมูลประกันกลุ่ม Happii (e card)

1. บนหน้าข้อความคุ้มครองประกันกลุ่ม
คลิก แสดงบัตรประกัน



2. ระบบจะแสดง E-Card และที่ปุ่มขวา
บนจะมีฟังก์ชั่นส่งบัตรผ่านทาง

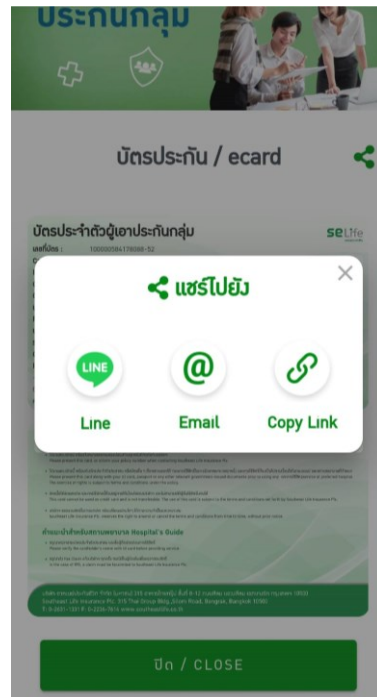


บัตรประกัน / ecard



ปิด / CLOSE

3. เลือกช่องทางที่จะส่งบัตรประกัน
เช่น e-mail หรือ line



ปิด / CLOSE

3. วิธีการดูข้อมูลประกันกลุ่ม Happii (หน้าบัตร)

ตัวอย่างบัตรประกันกลุ่ม Happii (E-Card)

บัตรประจำตัวผู้เอาประกันกลุ่ม



เลขที่บัตร :

Card Number

ID :

ผู้ถือบัตร :

Card Holder

เลขที่กรมธรรม์ :

Policy Number

บริษัท ไทยกรุป เซอร์วิสเซส จำกัด

ระยะเวลาคุ้มครอง :

01/04/2566 - 31/08/2566 (24:00)

Cover Period

IPD Benefit FAX.CLAIM

- R&B 2,500 / Day

OPD Benefit / Day 2,000 (Max. 15 Days/Year)

ค่ารักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุ / ครั้ง 150,000

Client No. :

Sex :

F

แผนประกัน Plan:

2

Hot Line: 08 1991 8370 , 08 1911 1743 (8.30am - 8.00pm)

คำแนะนำการใช้บัตร Terms & Conditions

- โปรดแสดงบัตรนี้ หรือใบแนบเอกสารแนบมาทุกครั้งที่ติดต่อกับบริษัท
Please present this card, or inform your policy number when contacting Southeast Life Insurance Plc.
- โปรดแสดงบัตรนี้ พร้อมบัตรประชาชน หรือบัตรอื่น ๆ ที่สามารถให้ ข้อมูลการใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลทุกชั้น และการใช้สิทธิ์ก่อนเป็นไปตามเงื่อนไขกรมธรรม์ และตามพจนานุกรมที่แนบมา
Please present this card along with your ID card, passport or any other relevant government-issued documents prior to using any services at preferred hospital.
The exercise of rights is subject to terms and conditions under the policy.
- บัตรนี้ไม่สามารถโอนสิทธิ์ และการใช้สิทธิโดยบุคคลอื่นของสมาชิก และไม่สามารถใช้บัตรนี้เพื่อใช้สิทธิ์แทนได้
This card cannot be used as credit card and is not transferable. The use of this card is subject to the terms and conditions set forth by Southeast Life Insurance Plc.
- บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการแก้ไข หรือมีเงื่อนไขใดๆ ได้ตามความจำเป็นและเหมาะสม
Southeast Life Insurance Plc. reserves the right to amend or cancel the terms and conditions from time to time, without prior notice.

คำแนะนำสำหรับสถานพยาบาล Hospital's Guide

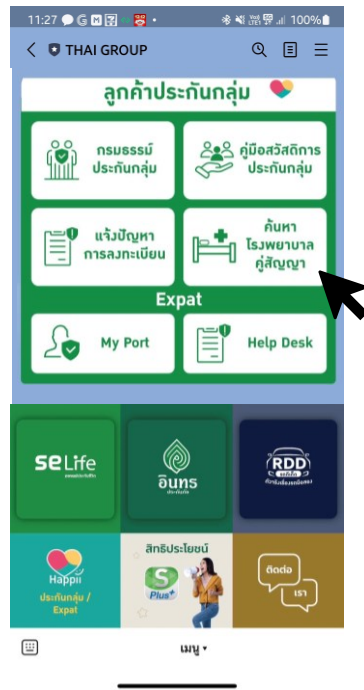
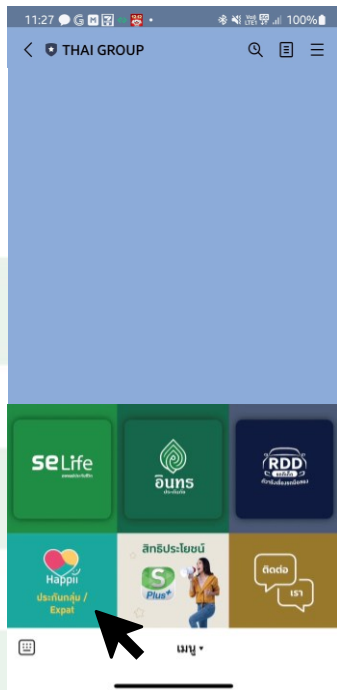
- กรุณาตรวจสอบชื่อผู้เอาประกัน และชื่อผู้ติดต่อกรมการสิทธิ์
Please verify the cardholder's name with id card before providing service.
- กรณีแจ้ง Fax Claim แจ้งมาที่ทุกชั้น กรณีแจ้งมาชั้นที่ตรงตามสิทธิ์
In the case of IPD, a claim must be facsimiled to Southeast Life Insurance Plc.

บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) 315 อาคารไทยกรุป ชั้นที่ 8-12 ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500
Southeast Life Insurance Plc. 315 Thai Group Bldg., Silom Road, Bangrak, Bangkok 10500
T: 0-2631-1331 F: 0-2236-7614 www.southeastlife.co.th

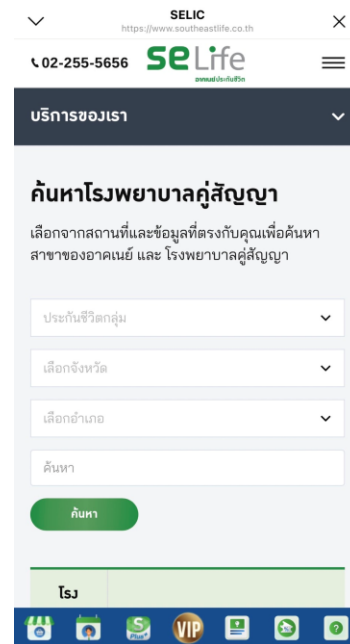
4.1 วิธีการค้นหารายชื่อโรงพยาบาล แบบที่ 1

1. สามารถค้นหารายชื่อโรงพยาบาลคู่สัญญาประกันชีวิตได้ (ดังแสดงตามภาพตามลูกศร)

คลิก ปุ่ม Happii ประกันกลุ่ม / EXPAT -> ค้นหาโรงพยาบาลคู่สัญญา



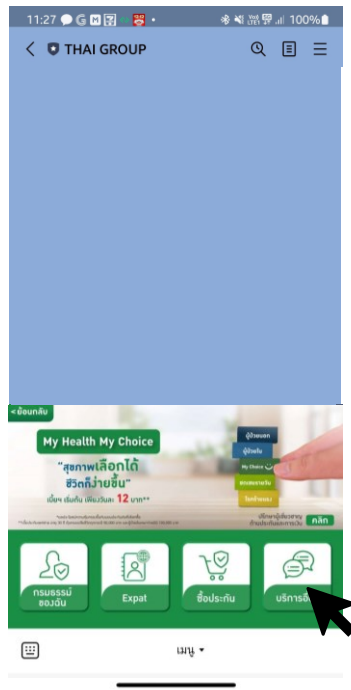
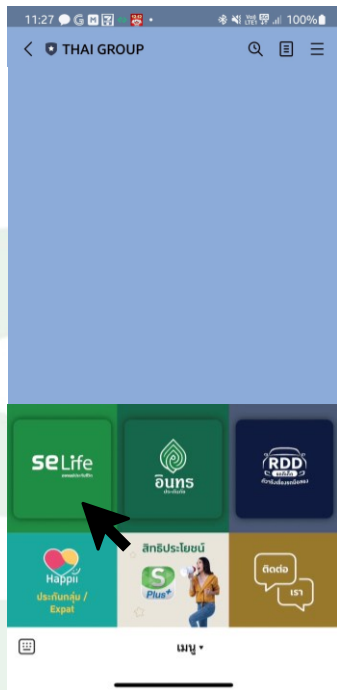
2. เมื่อคลิกที่ รายชื่อโรงพยาบาลประกันชีวิต/ประกันภัยกลุ่ม ระบบจะให้เลือกรายชื่อโรงพยาบาลตามจังหวัดและอำเภอที่ต้องการ



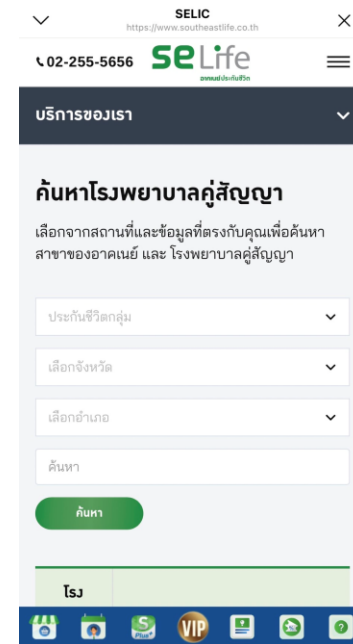
4.2 วิธีการค้นหารายชื่อโรงพยาบาล แบบที่ 2

1. สามารถค้นหารายชื่อโรงพยาบาลคู่สัญญาประกันชีวิตได้ (ดังแสดงตามภาพตามลูกศร)

คลิก ปุ่ม SE Life ประกันชีวิต -> บริการอื่น ๆ -> ค้นหาโรงพยาบาลคู่สัญญา



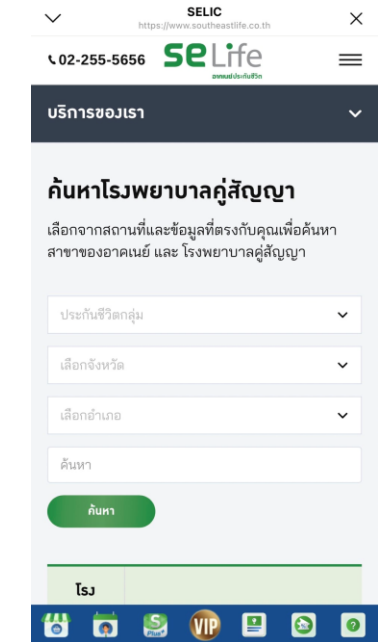
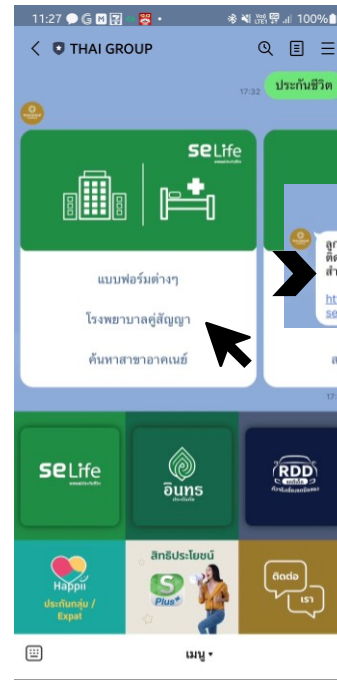
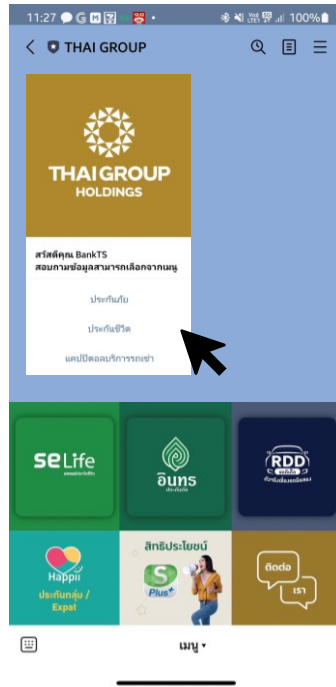
2. เมื่อคลิกที่ รายชื่อโรงพยาบาลคู่สัญญาประกันชีวิต/ประกันภัยกลุ่ม ระบบจะให้เลือกรายชื่อโรงพยาบาลตามจังหวัดและอำเภอที่ต้องการ



4.3 วิธีการค้นหารายชื่อโรงพยาบาล แบบที่ 3

1. สามารถค้นหารายชื่อโรงพยาบาลคู่สัญญาประกันชีวิตได้ (ดังแสดงตามภาพตามลูกศร)

คลิก ปุ่ม ติดต่อเรา -> ประกันชีวิต -> โรงพยาบาลคู่สัญญา -> คลิก link



2. เมื่อคลิกที่ รายชื่อโรงพยาบาลคู่สัญญาประกันชีวิต/ประกันภัยกลุ่ม ระบบจะให้เลือกรายชื่อโรงพยาบาลตามจังหวัดและอำเภอที่ต้องการ

SE Life Call Center

02-255-5656

แจ้งว่า “ประกันกลุ่มจุฬาฯ”




การจัดอบรมประชาสัมพันธ์ **เพิ่มเติม**

seLife


ภาคเนย์ประกันชีวิต




เดิม

 วันที่ 8 - 9 พ.ย. 66


ณ บริเวณอาคารจามจุรี 5

 วันที่ 10 พ.ย. 66

ณ ชั้น 1 อาคารมหิตลาธิเบศร

 วันที่ 15 - 16 พ.ย. 66

ณ บริเวณอาคารจามจุรี 5

 วันที่ 17 และ 20 พ.ย. 66

ณ ชั้น 1 อาคารมหิตลาธิเบศร

เพิ่มเติม

เพื่อแนะนำและอำนวยความสะดวกแก่บุคลากร
ในการลงทะเบียนและข้อมูลการบริการสมาชิก
จาก บ. ภาคเนย์ประกันชีวิต

จึงเพิ่มสถานที่ จัดอบรมของบริษัท
ณ บริเวณโดงชั้นล่าง อาคารสถาบัน 3

ในวันที่ 9 และ 16 พฤศจิกายน 2566
เวลา 9.00 -15.00 น.