



ที่ คย ๐๐๕(ก.ส.ก.)/ว ๒๔๒

สำนักงานศาลยุติธรรม
ถนนรัชดาภิเษก เขตจตุจักร
กทม. ๑๐๙๐๐

๒๗ กันยายน ๒๕๖๐

เรื่อง ประชาสัมพันธ์โครงการจัดสวัสดิการกองทุนเกษียณอายุราชการและสงเคราะห์ครอบครัว
ข้าราชการและลูกจ้างประจำของสำนักงานศาลยุติธรรม

เรียน หัวหน้าหน่วยงานในสังกัดสำนักงานศาลยุติธรรม

อ้างอิง หนังสือสำนักงานศาลยุติธรรม ที่ คย ๐๐๖/ว ๓๓๓ ลงวันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๕๖

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือบริษัท เอไอเอ จำกัด ลงวันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๐ จำนวน ๑ ชุด
(สามารถดาวน์โหลดสิ่งที่ส่งมาด้วยได้ที่ <http://www.wd.coj.go.th>)

ตามหนังสือที่อ้างถึง สำนักงานศาลยุติธรรมได้จัดทำโครงการจัดสวัสดิการกองทุนเกษียณอายุราชการและการสงเคราะห์ครอบครัวข้าราชการและลูกจ้างประจำของสำนักงานศาลยุติธรรม กรมธรรม์เลขที่ GE-01224 กับบริษัท อเมริกันอินเตอร์แนชชั่นแนลแอสซิวรันส์ จำกัด (A.I.A.) ซึ่งได้เปลี่ยนชื่อทางทะเบียนของบริษัท เป็น “บริษัท เอไอเอ จำกัด” ตั้งแต่วันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๕๖ เป็นต้นไป โครงการดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนการเก็บออมอย่างเป็นระบบเพื่อความมั่นคงทางการเงินของตนเองและครอบครัว ช่วยแบ่งเบาภาระในการชำระเบี้ยประกันภัยแบบแบ่งจ่ายเป็นรายเดือน ทุก ๆ เดือนอย่างต่อเนื่อง โดยเปิดให้ข้าราชการฝ่ายตุลาการศาลยุติธรรม ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว และพนักงานราชการในสังกัดสำนักงานศาลยุติธรรมที่สนใจสมัครเข้าร่วมโครงการได้ปีละ ๑ ครั้ง โครงการดังกล่าวเป็นโครงการพิเศษที่ข้าราชการและลูกจ้างไม่สามารถจัดซื้อเองได้ต้องดำเนินการผ่านสำนักงานศาลยุติธรรมเท่านั้น โดยกรมธรรม์จะออกให้ในนามของสำนักงานศาลยุติธรรมเพียงฉบับเดียว ส่วนสมาชิกจะออกให้เป็นเอกสารรับรองการประกันภัยกลุ่ม รายละเอียดปรากฏตามบันทึกข้อตกลงฯ และหนังสือสำนักงานศาลยุติธรรม ที่ คย ๐๐๖/ว ๓๓๓ ลงวันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๕๖ กรมธรรม์มีผลบังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๕๗ นั้น

บัดนี้ บริษัท เอไอเอ จำกัด ได้เปิดรับสมัครสมาชิกใหม่เข้าร่วมโครงการฯ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป สำหรับผู้ที่สนใจสามารถกรอกคำขอเอาประกันภัยกลุ่มตามสิ่งที่ส่งมาด้วย (ถ้ายสำเนาเพิ่มได้) แล้วรวบรวมส่งไปยังส่วนสวัสดิการศาลยุติธรรมภายในวันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๖๑ โดยให้หน่วยงานต้นสังกัดเริ่มหักเงินเดือนนำส่งเบี้ยประกันภัยตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๑ เป็นต้นไป พร้อมทั้งรายงานการชำระเบี้ยประกันภัยส่งไปยังส่วนสวัสดิการศาลยุติธรรมทราบด้วย

จึงเรียนมา....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และขอได้โปรดประชาสัมพันธ์ให้ข้าราชการฝ่ายตุลาการ ศาลยุติธรรม ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว และพนักงานราชการในหน่วยงานทราบโดยทั่วกันด้วย
จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(นายอิทธิคม อินทุภูติ)

เลขาธิการสำนักงานศาลยุติธรรม

กองสวัสดิการศาลยุติธรรม
งานสนับสนุนและพัฒนาคุณภาพชีวิต
โทร. ๐ ๒๕๔๑ ๒๗๘๗
โทรสาร ๐ ๒๕๑๒ ๘๕๑๑
E-mail : wd@coj.go.th



สำนักงานศาลยุติธรรม
เลขรับ ๒๖๑๒๖
วันที่ ๑๓ ก.ย. ๒๕๖๐
เวลา ๑๓.๐๕
๑๓๑ ถนนสุขุมวิท

บริษัท เอไอเอ จำกัด
 อาคารเอไอเอทาวเวอร์ 181
 บางรัก กรุงเทพฯ 10500
 โทร.02-6388888

กองสวัสดิการศาลยุติธรรม
เลขรับที่ ๔๕๐5
วันที่ 11 ก.ย. 2560
เวลา 17.15 น.

1 กันยายน 2560

เรื่อง ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์โครงการจัดสวัสดิการกองทุนเกษียณอายุราชการและสงเคราะห์ครอบครัวข้าราชการและลูกจ้างประจำของสำนักงานศาลยุติธรรม กรมธรรม์ประกันกลุ่มเลขที่ 01224

เรียน เลขาธิการสำนักงานศาลยุติธรรม

อ้างถึง หนังสือสำนักงานศาลยุติธรรม ที่ ศย 006/ว 335 ลงวันที่ 25 กันยายน 2550

สิ่งที่ส่งมาด้วย

1. ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มสำหรับสมาชิกและคู่สมรส
2. ตารางผลประโยชน์, รายละเอียดผลประโยชน์ความคุ้มครอง และช้อยกเว้น โดยสังเขป
3. ตัวอย่าง ตารางผลประโยชน์โดยสังเขป
4. แบบฟอร์มข้อมูลนำส่งผลงานประกันกลุ่ม (ฟอร์ม Update GSE) และแบบฟอร์มการเรียกร้องผลประโยชน์ค่าชดเชยรายวันในโรงพยาบาล
5. ใบคำขอให้จ่ายผลประโยชน์ ตามกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่ม ผ่านบัญชีธนาคาร

ตามที่สำนักงานศาลยุติธรรม กับ บริษัท เอไอเอ จำกัด ได้จัดตั้งโครงการจัดสวัสดิการกองทุนเกษียณอายุราชการและสงเคราะห์ครอบครัวข้าราชการและลูกจ้างประจำของสำนักงานศาลยุติธรรม เพื่อเป็นการสนับสนุนให้ข้าราชการและลูกจ้างได้มีการเก็บออมอย่างเป็นระบบเพื่อความมั่นคงทางการเงินของตนเองและครอบครัว ตามรายละเอียดโครงการที่ ศย 006/ว.333 ลงวันที่ 26 กันยายน 2546 กรมธรรม์มีผลบังคับ วันที่ 1 มีนาคม 2547 โดยโครงการเปิดให้ผู้สนใจสมัครเข้าร่วมโครงการปีละ 1 ครั้ง

บัดนี้ ถึงเวลาประชาสัมพันธ์ให้ข้าราชการและลูกจ้างประจำได้ทราบ และสมัครเข้าร่วมโครงการได้ ซึ่งจะเปิดรับสมัครสมาชิกใหม่ปีละ 1 ครั้งทุกปี ตั้งแต่บัดนี้จนถึงวันที่ 15 มกราคม 2561 โดยให้ส่งใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มไปยังฝ่ายสวัสดิการ และประโยชน์เกื้อกูลกองการเจ้าหน้าที่สำนักงานศาลยุติธรรมภายในกำหนดข้างต้น ซึ่งเจ้าหน้าที่กองสวัสดิการผู้สมัครจะเริ่ม ส่งเบี้ยประกันภัยตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 เป็นต้นไป โดยต้นสังกัดเป็นผู้จ่ายเงินเดือนส่งให้ เอไอเอ สาระประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับดังนี้

1. เป็นโครงการพิเศษที่ข้าราชการและลูกจ้างไม่สามารถจัดซื้อกันเองได้ จะต้องดำเนินการผ่านสำนักงานศาลฯ เท่านั้น
2. กรมธรรม์จะออกให้ในนามของสำนักงานศาลฯ เพียงฉบับเดียวและข้าราชการและลูกจ้างจะได้รับใบรับรองการเป็นสมาชิกคนละ 1 ใบ
3. สำนักงานศาลฯ จัดเข้าเป็นสวัสดิการของสำนักงานศาลฯ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดเป็นผลประโยชน์แก่



บริษัท เอไอเอ จำกัด

อาคารเอไอเอทาวเวอร์ 181 ถนนสุรวงศ์

เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

โทรศัพท์ (66) 2634 8888

โทรสาร (66) 2236 6452

-2-

ข้าราชการ และลูกจ้างที่มีสิทธิเข้าร่วมโครงการฯ ต้องเป็นข้าราชการหรือลูกจ้างของสำนักงานศาลฯ เท่านั้น ในกรณีลาออกจากการเป็นข้าราชการและลูกจ้าง จะไม่ได้รับสิทธิการคุ้มครองต่อเนื่องจากโครงการฯ จะได้รับเงินสะสมคืนตามตารางที่ 2 แต่ถ้าคงเงินสะสมไว้จะได้รับสิทธิคุ้มครองตามตารางที่ 3 โดยประมาณ

4. เป็นการแบ่งเบาภาระในการชำระเบี้ยประกันภัยโดยแบ่งจ่ายเป็นรายเดือนทุกเดือนอย่างต่อเนื่อง เพื่อสนับสนุนในการลดออมของสมาชิก ทั้งนี้จะต้องได้รับความยินยอมล่วงหน้าจากข้าราชการและลูกจ้าง ดังนั้นผลประโยชน์จะตกแก่ข้าราชการและลูกจ้าง และ/หรือทายาท ของข้าราชการและลูกจ้างเท่านั้น

5. ประกอบรายละเอียดความคุ้มครอง พอสังเขปดังนี้

- คุ้มครองกรณีถูกฆาตกรรมลอบทำร้าย
- คุ้มครองกรณีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุซึ่งเป็นผลมาจากการดื่มสุราโดยไม่ต้องตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์
- คุ้มครองการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุซึ่งเป็นผลมาจากการขับขี่หรือซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์
- คุ้มครองกรณีเสียชีวิตด้วย มะเร็ง หัวใจ ตา และคุ้มครองการทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวรอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ
- กรณีเจ็บป่วยจริงและต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน สามารถเบิกเงินชดเชยรายวัน โดยใช้หลักฐานหนังสือใบรับรองแพทย์ที่ระบุระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลต้นฉบับ หรือนหากเป็นสำเนาจะต้องได้รับการรับรองสำเนาถูกต้องพร้อมประทับตราจากโรงพยาบาล การเบิกค่าชดเชยรายได้รายวันนี้ ไม่ต้องใช้ใบเสร็จรับเงิน ซึ่งจะไม่ซ้ำซ้อนกับสิทธิอื่นๆ ที่มีอยู่ของหน่วยงาน หรือสิทธิส่วนบุคคล
- มุ่งเน้นการออมเพื่อการวางแผนทางการเงินในยามเกษียณอายุเป็นหลัก

ทั้งนี้ สรุปผลประโยชน์ที่ข้าราชการ และลูกจ้างจะได้รับมีดังนี้

- ผลประโยชน์การเสียชีวิต ลาออกจากงาน หรือเกษียณอายุ
- วงเงินประกันภัยเพิ่มกรณีเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุ 100,000 บาท ถึง 200,000 บาท แล้วแต่กรณี
- วงเงินประกันภัยเพิ่มกรณีสูญเสียชีวิตด้วย มะเร็ง หัวใจ อันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ 60,000 บาท ถึง 100,000 บาท
- วงเงินประกันเพิ่มกรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวรอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ 100,000 บาท
- เงินชดเชยรายได้กรณีเจ็บป่วยเข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลวันละ 800 บาท สูงสุด 100 วันต่อการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง ซึ่งไม่ซ้ำซ้อนกับสวัสดิการที่มีอยู่เดิม
- เบี้ยประกันภัยในส่วนสะสมทรัพย์ที่มีการทำการประกันตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป สามารถนำไปหักลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาในวงเงินไม่เกิน 100,000 บาท กรณีผู้สมัครใหม่มีอายุเกินกว่า 50 ปี ไม่สามารถนำ



บริษัท เอไอเอ จำกัด

อาคารเอไอเอทาวเวอร์ 181 ถนนสุรวงศ์

เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

โทรศัพท์ (66) 2634 8888

โทรสาร (66) 2236 6452

-3-

เบี้ยไปหักลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา

บริษัทฯ ขอขอบคุณท่านที่ให้การสนับสนุนโครงการดังกล่าวด้วยดีเสมอมา และหวังเป็นอย่างยิ่งที่ท่านจะช่วยประชาสัมพันธ์ให้แก่มวลสมาชิกได้สมัครเข้าร่วมโครงการอันเป็นประโยชน์นี้ กรณีมีข้อสงสัยสามารถติดต่อได้ที่ Call Center 1581 ขอขอบคุณล่วงหน้ามา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

วิระพัฒน์ จงอุดมเกียรติ

ผู้ช่วยรองประธานฝ่ายดำเนินงานประกันภัยกลุ่ม

ณ กลุ่มจัดหาและบริการสวัสดิการด้านต่างๆ ดำเนินการ

(นางพิงพิศ พงศ์รัตน์)

หัวหน้ากลุ่มสวัสดิการและประโยชน์เกื้อกูล

ปฏิบัติหน้าที่ในฐานะผู้อำนวยการกองสวัสดิการคาลยศิริธรรม

หมายเหตุ : หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติม โดยติดต่อ คุณภัทรา ทิพย์ประเสริฐ ผู้ประสานงานโครงการฯ โทร. 089-925-3995

30

15 ก.ย. 2558

14 ก.ย. 2560



โปรดเขียนกรอกและเซ็นชื่อด้วยปากกาสีน้ำเงิน
กรณีที่มีการแก้ไขข้อมูล กรุณาขีดฆ่า
โปรดเซ็นชื่อกำกับด้วย

บริษัท เอไอเอ จำกัด

181 อาคารเอไอทาวเวอร์ ถนนสุรวงศ์ บางรัก กรุงเทพฯ 10500
ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่ม (ฉบับย่อ) สำหรับสมาชิกผู้เอาประกันภัย

เลือกแผน

<input type="checkbox"/>	100	<input type="checkbox"/>	600
<input type="checkbox"/>	200	<input type="checkbox"/>	700
<input type="checkbox"/>	300	<input type="checkbox"/>	800
<input type="checkbox"/>	400	<input type="checkbox"/>	900
<input type="checkbox"/>	500	<input type="checkbox"/>	1,000
<input type="checkbox"/>		

ผู้ถือกรมธรรม์ (ชื่อองค์กร / กรม / บริษัท).....กรมธรรม์เลขที่.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....เพศ.....อายุ.....ปี

วัน / เดือน / ปีเกิด

อาชีพ.....สังกัด (หน่วยงาน / บริษัท).....

...../.....แผนก.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ผู้รับประโยชน์.....ความสัมพันธ์.....

ผู้รับประโยชน์.....ความสัมพันธ์.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....หมายเลขโทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่เคยทราบว่าเป็น กำลังเป็น หรือเคยได้รับการรักษาทางยาและคำแนะนำจากแพทย์ หรือเป็นผู้ซึ่งไร้ความสามารถ และไม่เคยมีอาการใดๆที่เกี่ยวข้องกับโรคดังต่อไปนี้คือ โรคเบาหวาน, โรคมะเร็ง หรือ เนื้องอกของอวัยวะใดๆ, โรคหัวใจ, โรคความดันโลหิต, ภาวะเส้นเลือดอุดตันในสมอง หรือ กลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของสมอง, โรคปอด, อาการหืด หอบ, โรคตับอักเสบ หรือ โรคใดๆที่เกี่ยวข้องกับตับ, โรคไต, โรคเอดส์ หรือการติดเชื้อ HIV หรือมีความผิดปกติอื่นใดอย่างร้ายแรง และคู่สมรสของข้าพเจ้าไม่เคยเป็นหรือตรวจพบว่าเป็นโรคเอดส์ หรือการติดเชื้อ HIV และทราบดีว่าถ้าป่วยเป็น หรือกำลังเป็นโรคดังกล่าวข้างต้น บริษัทฯ จะไม่รับประกันชีวิตข้าพเจ้า

ข้าพเจ้ายังคงปฏิบัติงานโดยปกติตามหน้าที่เต็มเวลา และในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมาไม่เคยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลาติดต่อกันนานมากกว่า 10 วัน

นอกจากนี้ ใบคำขอเอาประกันชีวิต หรือการขอต่ออายุกรมธรรม์ประกันชีวิตใดๆของข้าพเจ้า ไม่เคยถูกปฏิเสธ หรือเพิ่มเงื่อนไขในการพิจารณารับประกัน หรือเลื่อนการพิจารณา หรือเพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่แพทย์ บุคคลอื่นใดซึ่งได้กระทำการรักษาข้าพเจ้า โรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือหน่วยงานอื่นใดที่มีบันทึกทางการแพทย์ หรือ ทราบเรื่องเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย หรือ การได้รับบาดเจ็บของข้าพเจ้า มอบประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าให้แก่บริษัท เอไอเอ จำกัด อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของการมอบอำนาจนี้ให้มีผลสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าขอยินยอมให้หน่วยงานต้นสังกัดของข้าพเจ้า
หักเงินเดือนเพื่อชำระเบี้ยประกันภัยกลุ่ม

.....
(ลายเซ็นชื่อสมาชิกผู้สมัคร) (วันที่)

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย
ผู้ขอเอาประกันชีวิตจงตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความจริงทุกข้อ การปกปิดความจริงหรือแถลงข้อความเท็จใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

โปรดเขียนกรณียุติหรือยื่นข้อร้องเรียนหากคำตัดสินเดียวกัน
กรณีที่มีการแก้ไขผิดซ้ำๆ กรุณาไปกรณียุติหรือยื่นข้อร้องเรียนซ้ำๆ

บริษัท เอไอเอ จำกัด
181 อาคารเอไอทาวเวอร์ ถนนสุรวงศ์ บางรัก กรุงเทพฯ 10500
ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่ม (ฉบับย่อ) สำหรับคู่สมรส

สมาชิกหลัก ชื่อ - สกุล ใบรับรองเลขที่
ผู้ถือกรมธรรม์ (ชื่อองค์กร / กรม / บริษัท) กรมธรรม์เลขที่

ข้อมูลของคู่สมรส

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) นามสกุล เพศ อายุ ปี
วัน / เดือน / ปีเกิด [] [] [] [] [] บัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
วันที่สมรส อาชีพ
สังกัด (หน่วยงาน, บริษัท) ฝ่าย / ตำแหน่ง
รับประโยชน์ ความสัมพันธ์
ผู้รับประโยชน์ ความสัมพันธ์
ที่อยู่ปัจจุบัน หมายเลขโทรศัพท์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่เคยทราบว่าเป็น กำลังเป็น หรือ เคยได้รับการรักษาทางยาและคำแนะนำจากแพทย์ หรือเป็นผู้ซึ่งไร้ความสามารถ และไม่เคยมีอาการใดๆที่เกี่ยวข้องกับโรคดังต่อไปนี้คือ โรคเบาหวาน, โรคเมเร็ง หรือ เนื้องอกของอวัยวะใดๆ, โรคหัวใจ, โรคความดันโลหิต, ภาวะเส้นเลือดอุดตันในสมอง หรือ กลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของสมอง, โรคปอด, อาการหืด หอบ, โรคตับอักเสบ หรือ โรคใดๆที่เกี่ยวข้องกับตับ, โรคไต, โรคเอดส์ หรือการติดเชื้อ HIV หรือมีความผิดปกติอื่นใดอย่างร้ายแรง และคู่สมรสของข้าพเจ้าไม่เคยเป็นหรือตรวจพบว่าเป็นโรคเอดส์หรือการติดเชื้อ HIV และทราบคำว่าถ้าป่วยเป็น หรือกำลังเป็นโรคดังกล่าวข้างต้น บริษัทฯ จะไม่รับประกันชีวิตข้าพเจ้า

ในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา ข้าพเจ้าไม่เคยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลาติดต่อกันนานมากกว่า 10 วัน

นอกจากนี้ ใบคำขอเอาประกันชีวิต หรือการขอต่ออายุกรมธรรม์ประกันชีวิตใดๆของข้าพเจ้า ไม่เคยถูกปฏิเสธ หรือเพิ่มเงื่อนไขในการพิจารณารับประกัน หรือเลื่อนการพิจารณา หรือเพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่แพทย์ บุคคลอื่นใดซึ่งได้กระทำการรักษาข้าพเจ้า โรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือหน่วยงานอื่นใดที่มีบันทึกทางการแพทย์ หรือ ทราบเรื่องเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย หรือ การได้รับบาดเจ็บของข้าพเจ้า มอบประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าให้แก่บริษัท เอไอเอ จำกัด อนึ่ง ส่วนสภาพถ่ายของการมอบอำนาจนี้ให้มีผลสมบูรณ์เช่นเดียวกับคั่นฉบับ

ข้าพเจ้าในนามสมาชิกหลักขอยินยอมให้หน่วยงานต้นสังกัดของข้าพเจ้า หักเงินเดือนเพื่อชำระเบี้ยประกันภัยกลุ่ม

.....
(ลายเซ็นชื่อผู้สมัคร) (วันที่)
.....
(ลายเซ็นชื่อสมาชิกหลัก) (วันที่)

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย
ผู้ขอเอาประกันชีวิตจะตอบคำถามแบบสอบถามตามความจริงทุกข้อ การปกปิดความจริงหรือแสดงข้อความเท็จใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865



โครงการสวัสดิการสะสมทรัพย์สินเกษียณอายุ

สำนักงานศาลยุติธรรม สำหรับข้าราชการและลูกจ้างในสังกัด

สามารถสร้างหลักทรัพย์ไว้ให้ครอบครัวได้ ดังนี้

	<u>วงเงินคุ้มครอง</u>
1. เสียชีวิตจากอุบัติเหตุต่าง ๆ เช่น	
1.1 เสียชีวิตขณะอยู่ในลิฟท์	200,000 บาท
1.2 เสียชีวิตจากไฟไหม้ในโรงแรมหรืออาคารสาธารณะ	200,000 บาท
1.3 เสียชีวิตจากการโดยสารในรถโดยสารสาธารณะ	200,000 บาท
1.4 เสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถยนต์ชนกัน	100,000 บาท
1.5 ถูกฆาตกรรมลอบทำร้าย	100,000 บาท
1.6 เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ โดยวินัยหรือข้อหาฆาตกรรมโดยเจตนา	100,000 บาท
1.7 เสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุทั่วไป	100,000 บาท
1.8 เสียชีวิตจากอุบัติเหตุขณะมีเมฆาสุรา	100,000 บาท
2. ชดเชยทุพพลภาพถาวรเนื่องจากอุบัติเหตุ	100,000 บาท
<u>สูญเสียอวัยวะสำคัญ</u> เช่น มือ เท้า หรือ ตา 2 อย่างรวมกัน (อุบัติเหตุ)	100,000 บาท
3.1 สูญเสียมือ หรือ เท้า ข้างหนึ่ง และตาอีกข้างหนึ่ง	100,000 บาท
3.2 สูญเสียมือ เท้า หรือ ตา ข้างใดข้างหนึ่ง	60,000 บาท
4. <u>ผลประโยชน์ชดเชยรายวัน</u> กรณีเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลตามคำแนะนำของแพทย์ เพื่อให้การรักษาพยาบาลที่จำเป็นและสมควรตามมาตรฐานทางการแพทย์ทั่วไป ชดเชยวันละ 800 บาท สูงสุด 100 วัน ต่อการเจ็บป่วยหนึ่งครั้ง (เอกสารที่ใช้ในการเรียกร้องเงินชดเชย ประกอบด้วยแบบฟอร์มการเคลมประกัน ใบถ่ายสำเนาใบเสร็จรับเงิน ใบจ่ายสำเนาตรวจค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล ใบกรณีใช้ใบรับของแพทย์แทนใบเคลมประกัน กรณีให้แพทย์ระบุชื่อโรค สาเหตุ วิธีการรักษาและหรือผ่าตัด ระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาล ในส่วนของชดเชยรายวันเป็นการเบิกได้ล่วงหน้า ไม่เกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลที่ท่านเบิกได้จากต้นสังกัด)	
รวมผลประโยชน์สูงสุดต่อครั้ง	80,000 บาท

5. การเสียชีวิตในกรณีอื่น ๆ เช่น

- 2.1 เสียชีวิตเนื่องจากโรคภัยไข้เจ็บ วงเงินประกันขึ้นอยู่กับแผนประกันและระยะเวลาสะสม (ตามตารางที่ 3)
- 2.2 เสียชีวิตเนื่องจากภัยสงคราม ฆาตกร วงเงินประกันขึ้นอยู่กับแผนประกันและระยะเวลาสะสม (ตามตารางที่ 3)
- 2.3 เสียชีวิตจากการคลอดบุตร หรือตั้งครุฑ วงเงินประกันขึ้นอยู่กับแผนประกันและระยะเวลาสะสม (ตามตารางที่ 3)

ลงทุนเมื่อเกษียณอายุ สมาชิกเพศหญิง อายุ 25 ปี สะสมแผน 100 จะได้รับคืนโดยเฉลี่ย 69,595 บาท
 สมาชิกเพศชาย อายุ 25 ปี สะสมแผน 100 จะได้รับคืนโดยเฉลี่ย 65,728 บาท
 ผลประโยชน์ข้อ 1, 2, 3 และ 4 เป็นสัญญาประกันภัยเพิ่มเติมแบบปีต่อปีแนบไว้กับกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มแบบสะสมทรัพย์สินครบอายุ 60 ปี โดยผลประโยชน์สามารถถูกเปลี่ยนแปลง แก้ไข หรือยกเลิกรวมทั้งปรับเปลี่ยนอัตราเบี้ยประกันภัยตามสถิติการเรียกร้องของปีที่ผ่านมาได้ในวันครบรอบปีกรมธรรม์ของแต่ละปี

อัตราเบี้ยประกันภัยต่อคน / เดือน 200 บาท

อัตราเบี้ยประกันภัยเดือนละ 200 บาท หมายถึง เงินสะสมเกษียณอายุ แผน 100 บาท **รวม** อัตราเบี้ยประกันภัยสัญญาเพิ่มเติม 100 บาท

หากประสงค์เพิ่มแผนเงินสะสมเกษียณอายุจาก 100 บาท กรุณาเลือกแบบใบสมัครสมัคร ตั้งแต่ แผน 100 จนถึง 10,000 บาท (ขีด ✓ ในช่องที่ต้องการเลือก)

การสมัครเข้าร่วมโครงการ เพียงแต่ท่านออกไปชำระเอาประกันภัยเข้าเป็นสมาชิก ตามที่แนบมาซึ่งฝ่ายสวัสดิการและประโยชน์ก็ถูกกองกลางชำระให้ภายในวันที่ 30... 31... 31... 31... ข้อมูลเพิ่มเติมติดต่อ ผู้ประสานงานโครงการ กัทธา ทิพย์ประเสริฐ โทร. 08-9926-3995
 บริษัทฯ จะรวบรวมใบชำระเอาประกันภัยของสมาชิกและนับจำนวน พร้อมแจ้งเงินมีผลความคุ้มครองต่อไป

ข้อกำหนดการทำประกัน

1. สมาชิกที่มีสิทธิสมัครจะต้องมีอายุไม่เกิน 54 ปี
2. ผู้ที่มีได้อยู่ปฏิบัติงานเดิมมาลาในวันทำการประกันมีผลบังคับ จะมีสิทธิความคุ้มครอง ต่อเมื่อได้มาปฏิบัติงานเดิมเวลาปกติแล้วเท่านั้น
3. การชำระเบี้ยประกันจะหักจากบัญชีเงินเดือน โดยการยินยอมของสมาชิกแต่ละท่าน โดยส่วนที่เป็นตัวแทนสะสมเกษียณอายุรวมแล้วต้องไม่ต่ำกว่า 10,000 บาท ต่อเดือนต่อกรมธรรม์
4. อัตราการสมัครชำระร่วมของสมาชิก ต้องไม่น้อยกว่า 30% ของผู้มีสิทธิทั้งหมด และไม่ต่ำกว่า 50 คน หลังจากพิจารณาบัตรสมัคร จึงอนุมัติโครงการได้
5. วันเริ่มมีผลบังคับของกรมธรรม์จะเริ่มไปวันที่ 1 ของเดือนถัดไป หลังจากบริษัทฯ ได้อนุมัติการรับประกัน และเบี้ยประกันงวดแรกได้ชำระแล้ว

บริษัท อเมริกันอินเตอร์เนชันแนลแอสซิวรันส์ จำกัด

โครงการประกันภัยกลุ่มแบบสะสมทรัพย์

โครงการประกันกลุ่ม แบบสะสมทรัพย์ คือการประกันภัยกลุ่มแบบใหม่ที่มีจุดประสงค์หลัก เพื่อการสะสมทรัพย์ ในช่วงเวลาทำงาน เพื่อสร้างเป็นกองทุนเกษียณอายุสำหรับพนักงาน ลูกจ้างของบริษัท ห้างร้าน หน่วยงาน และหรือองค์กรต่าง ๆ ทั้งธุรกิจเอกชนและภาครัฐ อีกทั้งในขณะเดียวกันยังให้ความคุ้มครองชีวิต เนื่องจากการเสียชีวิตทุกกรณี ตลอดระยะเวลาที่สัญญาามีผลบังคับ

ผลประโยชน์ของโครงการ

โครงการประกันกลุ่ม แบบสะสมทรัพย์ ให้สิทธิประโยชน์แก่สมาชิกผู้เอาประกันหลายประการ ดังมีรายละเอียด

คือ

1. จำนวนเงินสะสมทรัพย์ เมื่อสัญญาครบกำหนด
เมื่อสมาชิกผู้เอาประกันภัยมีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ สมาชิกผู้เอาประกันภัยได้รับจำนวนเงินสะสมทรัพย์ ซึ่งเท่ากับจำนวนเงินเอาประกันภัยทั้งหมดรวมกับเงินปันผลสะสมทั้งหมด เพื่อเป็นกองทุนเกษียณอายุ
2. จำนวนเงินผลประโยชน์เมื่อมรณกรรม
หากสมาชิกผู้เอาประกันภัยเสียชีวิตในระหว่างระยะเวลาที่การประกันภัยมีผลบังคับ ผู้รับประโยชน์ของสมาชิกผู้เอาประกันภัยจะได้รับ จำนวนเงินผลประโยชน์ซึ่งเท่ากับจำนวนเงินเอาประกันภัยทั้งหมด รวมกับเงินปันผลสะสมทั้งหมดที่มีอยู่ขณะนั้น เพื่อเป็นมรดกตกทอดแก่ทายาท
3. จำนวนเงินสดคืนเมื่อสิ้นสุดสัญญา
เมื่อสภาพการเป็นพนักงานของสมาชิกผู้เอาประกันภัยสิ้นสุด และหากว่าสมาชิกผู้เอาประกันภัยแจ้งขอยกเลิกการประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัยจะได้รับเงินสดคืนซึ่งเท่ากับ ผลรวมของมูลค่าเงินสดคืนทั้งหมด กับเงินปันผลสะสมที่มีอยู่ขณะนั้น เพื่อเป็นเงินบำเหน็จจากการทำงาน

การจัดตั้งโครงการ

โครงการประกันกลุ่ม แบบสะสมทรัพย์ จัดตั้งได้ด้วยวิธีง่าย ๆ เพียงแค่ ผู้บริหาร/เจ้าของกิจการเห็นถึง) ประโยชน์ของการจัดเตรียมเงินกองทุนให้แก่พนักงาน ลูกจ้าง เมื่อเกษียณอายุ และพร้อมที่จะช่วยพนักงานเก็บออมเงิน ด้วยการหักบัญชีเงินเดือนแล้ว โครงการนี้ก็สามารถเกิดขึ้นได้ ลักษณะของโครงการโดยสังเขปมีดังนี้ คือ

1. ผู้บริหาร/เจ้าของกิจการ เห็นสมควรให้มีการจัดตั้งโครงการประกันกลุ่ม แบบสะสมทรัพย์ ตามแผนการประกันภัยกลุ่ม ที่นำเสนอโดย บริษัท อเมริกันอินเตอร์เนชันแนลแอสซิวรันส์ จำกัด (เอ.ไอ.เอ.)
2. สนับสนุนให้พนักงานเข้าร่วมโครงการ ซึ่งเป็นแบบสมัครใจ (Voluntary)
3. โครงการจะก่อตั้งได้จะต้องมีพนักงานเข้าร่วมไม่น้อยกว่า 50 คน และอัตราเข้าร่วมไม่น้อยกว่า 30% ของผู้มีสิทธิทั้งหมด
4. พนักงานเลือกจำนวนเงินเบี้ยประกันภัยรายเดือนที่จะต้องชำระ ตามแผนสะสมทรัพย์ที่กำหนดไว้และอนุญาตให้หักเงินจำนวนนี้จากบัญชีเงินเดือนของตนเอง
5. ผู้บริหาร/เจ้าของกิจการ นำจำนวนเงินเบี้ยประกันที่หักจากบัญชีเงินเดือนของพนักงานที่เข้าร่วมโครงการ ส่งให้ เอ.ไอ.เอ. ตามรายละเอียดที่ทาง เอ.ไอ.เอ. จะจัดส่งให้เป็นรายละเอียด
6. เพื่อกระตุ้นให้เกิดการออมทรัพย์อันจะเป็นการแบ่งเบาภาระของผู้บริหาร/เจ้าของกิจการ จึงเปิดโอกาสให้บริษัท/องค์กร ออกเงินสมทบเพิ่มจากจำนวนเงินเบี้ยประกันภัยของพนักงานด้วยก็ได้
7. ผู้บริหาร/เจ้าของกิจการสามารถกำหนดอัตราผลประโยชน์ที่จะจ่ายให้แก่พนักงานที่เข้าร่วมโครงการใน ส่วนของเงินสมทบที่บริษัท/องค์กร เป็นผู้ออกให้เพื่อจูงใจให้พนักงาน อยู่ทำงานกับบริษัท/องค์กรนานยิ่งขึ้น

ตารางโดยสังเขปของผลประโยชน์ต่าง ๆ ที่จะได้รับ

1. ผลประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อเกษียณอายุครบ 60 ปี กรณีสะสมทรัพย์เดือนละ 100 บาท

อายุเริ่มทำ	สะสมจนถึงเกษียณรวม	เบี้ยประกันภัยรวม	ผลตอบแทนได้รับเงินคืนรวม	
			เพศชาย	เพศหญิง
25	35 ปี หรือ 420 เดือน	42,000 บาท	65,728 บาท	69,595 บาท
30	30 ปี หรือ 360 เดือน	36,000 บาท	51,458 บาท	53,564 บาท
35	25 ปี หรือ 300 เดือน	30,000 บาท	39,108 บาท	40,184 บาท
40	20 ปี หรือ 240 เดือน	24,000 บาท	28,536 บาท	29,041 บาท
45	15 ปี หรือ 180 เดือน	18,000 บาท	19,567 บาท	19,767 บาท
50	10 ปี หรือ 120 เดือน	12,000 บาท	11,996 บาท	12,052 บาท

หมายเหตุ : ในกรณีอายุ 25 ปี ทำแผน 500 บาท ผลประโยชน์ได้รับเงินคืน ชาย = 328,647 / หญิง = 347,974 หรือ ในกรณีอายุ 25 ปี ทำแผน 2,000 บาท ผลประโยชน์ได้รับเงินคืน ชาย = 1,314,579 / หญิง = 1,391,902

2. ผลประโยชน์ที่จะได้รับหากขอเวนคืนมูลค่าเวนคืนเงินสดก่อนเกษียณอายุ กรณีสะสมทรัพย์เดือนละ 100 บาท

จำนวนปีที่ทำประกัน	เบี้ยประกันภัยรวม	ลาออกจะได้รับเงินคืนรวม	
		เพศชาย	เพศหญิง
12 ปี หรือ 144 เดือน	14,400 บาท	13,881 บาท	14,465 บาท
15 ปี หรือ 180 เดือน	18,000 บาท	18,336 บาท	19,223 บาท
20 ปี หรือ 240 เดือน	24,000 บาท	26,912 บาท	28,353 บาท
25 ปี หรือ 300 เดือน	30,000 บาท	37,183 บาท	39,417 บาท
30 ปี หรือ 360 เดือน	36,000 บาท	49,700 บาท	52,764 บาท
35 ปี หรือ 420 เดือน	42,000 บาท	65,728 บาท	69,595 บาท

3. ค่าสินไหมที่จะได้รับถ้าเสียชีวิตก่อนปลดเกษียณ กรณีสะสมทรัพย์เดือนละ 100 บาท

ปีที่ขอรับเงินประกันภัยรวมรับชีวิต	เบี้ยประกันภัยรวม	ทายาทได้รับเงินรวม	
		เพศชาย	เพศหญิง
5 ปี หรือ 60 เดือน	6,000 บาท	9,014 บาท	3,440 บาท
10 ปี หรือ 120 เดือน	12,000 บาท	14,270 บาท	16,031 บาท
15 ปี หรือ 180 เดือน	18,000 บาท	26,620 บาท	29,411 บาท
20 ปี หรือ 240 เดือน	24,000 บาท	37,192 บาท	40,554 บาท
25 ปี หรือ 300 เดือน	30,000 บาท	46,161 บาท	49,828 บาท
30 ปี หรือ 360 เดือน	36,000 บาท	53,732 บาท	57,543 บาท
35 ปี หรือ 420 เดือน	42,000 บาท	60,096 บาท	63,956 บาท
40 ปี หรือ 480 เดือน	48,000 บาท	65,728 บาท	69,595 บาท

หมายเหตุ : 1. ชำต้นเป็นตัวอย่างของสมาชิกอายุ 25 ปี ณ สิ้นปี อายุที่แตกต่างจากนี้ดูได้ที่ตารางผลประโยชน์
 2. ทุกอายุใกล้เคียงกัน จะแตกต่างกันอยู่ที่แผนที่ทำไว้ตามตัวเลขในตารางแผน 100 ถ้าเป็นแผน 500 ก็คูณด้วย 5 เป็นต้น
 3. ตัวเลขที่แสดงในตารางดังกล่าวข้างต้นนี้ เป็นตัวเลขโดยประมาณเท่านั้น อัตราผลตอบแทนจะขึ้นอยู่กับความสามารถในการลงทุนของบริษัทและสภาพเศรษฐกิจ บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ที่จะเปลี่ยนแปลงอัตราผลตอบแทนโดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และโดยรายละเอียดต่างๆขอให้ไปตามกรมธรรม์หลัก

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่ตัวแทนผู้ประสานงานโครงการฯ คุณภัทรา ทิพย์ประเสริฐ โทรศัพท์ 089-9253995

บริษัท อเมริกันอินเตอร์เนชันแนลแอสซิวรันส์ จำกัด

ประโยชน์จากการจัดตั้งโครงการประกันกลุ่ม แบบสะสมทรัพย์

ผู้บริหาร/เจ้าของกิจการ ที่ได้จัดให้เกิดมีโครงการประกันกลุ่ม แบบสะสมทรัพย์ จะได้รับประโยชน์ดังนี้ คือ

1. สามารถจัดสวัสดิการเกษียณอายุให้แก่พนักงาน โดยไม่ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายใด ๆ
2. แบ่งเบาภาระทางการเงินของบริษัท/องค์กร ในอันที่จะต้องจัดเตรียมเงินกองทุนเกษียณอายุ หรือเงินสงเคราะห์กรณีมรณกรรม
3. สนับสนุนให้พนักงาน เก็บออมเงินเป็นประจำสม่ำเสมอตามกำลังความสามารถของแต่ละบุคคล
4. สร้างหลักประกันความมั่นคงให้กับพนักงาน ตลอดระยะเวลาที่ทำงานกับบริษัท/องค์กร
5. สร้างความอบอุ่นใจให้กับครอบครัวของพนักงาน ด้วยการประกันชีวิตที่ควบคู่ไปกับการออมทรัพย์
6. ส่งเสริมให้เกิดขวัญกำลังใจในอันที่จะทำงานกับบริษัท/องค์กร
7. สร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้บริหาร/เจ้าของกิจการกับพนักงาน

นอกเหนือจากประโยชน์ที่ได้กล่าวข้างต้น พนักงานก็จะได้รับประโยชน์ด้วย คือ

1. สามารถสร้างหลักประกันความมั่นคงในอนาคตให้แก่ตนเองและครอบครัว
2. ก่อให้เกิดการออมทรัพย์อย่างสม่ำเสมอ
3. ทำให้สะดวก โดยการหักบัญชีเงินเดือน
4. ได้ประโยชน์ 2 ประการ ทั้งการสะสมทรัพย์และความคุ้มครอง ในขณะเดียวกัน

การเข้าร่วมโครงการ

พนักงาน ผู้มีสิทธิเข้าร่วมโครงการสะสมทรัพย์ครบอายุ 60 ปี จะต้องมีคุณสมบัติดังนี้

1. จะต้องเป็นพนักงานประจำที่ปฏิบัติงานเต็มเวลา มีอายุตั้งแต่ 16 ปี ถึง 55 ปี
2. จะเข้าร่วมโครงการได้ในวันที่การประกันภัยมีผลบังคับ หรือวันครบรอบปีกรรมธรรม์ถัดไป
3. กรอกใบสมัครเรียบร้อยและได้รับการอนุมัติจาก เอ.ไอ.เอ
4. เลือกจำนวนเงินเบี้ยประกันภัยรายเดือน ตามแผนใดแผนหนึ่งที่กำหนดไว้
5. สามารถเปลี่ยนแปลงจำนวนเงินเบี้ยประกันภัย ได้ในวันครบรอบปีกรรมธรรม์ถัดไป
6. แสดงความยินยอมให้ผู้บริหาร/เจ้าของกิจการ หักเบี้ยประกันภัยจากบัญชีเงินเดือน

การกำหนดแผนสะสมทรัพย์

เพื่อเป็นการง่ายต่อความเข้าใจ และความสะดวกในการดำเนินโครงการ แผนสะสมทรัพย์จะกำหนดเป็นจำนวนเงินลงในอัตราเท่าของ 200 บาท ตัวอย่างเช่น

แผน 200	หมายถึง	สะสมทรัพย์โดยชำระเบี้ยประกันภัยเดือนละ	200 บาท
แผน 300	หมายถึง	สะสมทรัพย์โดยชำระเบี้ยประกันภัยเดือนละ	300 บาท
แผน 400	หมายถึง	สะสมทรัพย์โดยชำระเบี้ยประกันภัยเดือนละ	400 บาท
แผน 500	หมายถึง	สะสมทรัพย์โดยชำระเบี้ยประกันภัยเดือนละ	500 บาท
แผน 600	หมายถึง	สะสมทรัพย์โดยชำระเบี้ยประกันภัยเดือนละ	600 บาท
แผน 700	หมายถึง	สะสมทรัพย์โดยชำระเบี้ยประกันภัยเดือนละ	700 บาท
แผน 800	หมายถึง	สะสมทรัพย์โดยชำระเบี้ยประกันภัยเดือนละ	800 บาท
แผน 900	หมายถึง	สะสมทรัพย์โดยชำระเบี้ยประกันภัยเดือนละ	900 บาท
แผน 1,000	หมายถึง	สะสมทรัพย์โดยชำระเบี้ยประกันภัยเดือนละ	1,000 บาท

สะสมสูงสุด

แผน 10,000 หมายถึง สะสมทรัพย์โดยชำระเบี้ยประกันภัยเดือนละ 10,000 บาท

บริษัท อเมริกันอินเตอร์เนชันแนลแอสซิวรันส์ จำกัด

การประกันอุบัติเหตุและทุพพลภาพ

การประกันอุบัติเหตุและทุพพลภาพกลุ่ม คือสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ฉบับหนึ่ง ที่แนบและถือเป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์ประกันชีวิตกลุ่ม (กรมธรรม์หลัก) ที่จะให้การชดเชยการสูญเสียชีวิต หรืออวัยวะส่วนสำคัญและทุพพลภาพอื่นเนื่องมาจากอุบัติเหตุ

ความคุ้มครอง

การประกันอุบัติเหตุให้ความคุ้มครองตลอด 24 ชั่วโมงทุกสถานที่ทั่วโลก สำหรับการสูญเสียทั้งหลายอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นทั้งในและนอกเวลาทำงาน และการบาดเจ็บเช่นว่านี้ จะต้องเกิดขึ้นภายใน 180 วันนับจากวันที่เกิดอุบัติเหตุ

ผลประโยชน์ที่ได้รับ

หากภายใน 180 วัน นับแต่วันที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยประสบอุบัติเหตุ จากสาเหตุภายนอกอย่างรุนแรง เป็นผลให้ได้รับการบาดเจ็บทางร่างกาย โดยมีหลักฐานปรากฏให้เห็นถึงรอยฟกช้ำหรือบาดแผลที่ด้านนอกของร่างกาย ซึ่งเด่นชัดในกรณีจมน้ำตาย หรือเป็นการบาดเจ็บภายในที่ถูกตรวจพบได้จากการชันสูตร เมื่อบริษัทฯ ได้รับและอนุมัติหลักฐานข้อพิสูจน์แล้ว จะจ่ายเงินทดแทนการสูญเสียใดๆ ที่เกิดขึ้นตามที่ระบุไว้ในตารางเงินทดแทนต่อไปนี้ (ในกรณีการบาดเจ็บเป็นผลให้สูญเสียมากกว่าหนึ่งอย่าง บริษัทฯ จะจ่ายเงินทดแทนการสูญเสียจำนวนสูงสุดเพียงจำนวนเดียวเท่านั้น)

ตารางเงินทดแทน

	อัตราร้อยละของวงเงินเอาประกัน
สูญเสียชีวิต	100
สูญเสียมือหรือเท้า 2 ข้างโดยตัดตั้งแต่ข้อมือหรือข้อเท้า	100
สูญเสียสายตาทั้ง 2 ข้างโดยไม่มีทางรักษาให้หายได้	100
สูญเสียสายตาข้างเดียวโดยไม่มีทางรักษาให้หายได้กับสูญเสียมือหรือเท้าข้างเดียวโดยตัดตั้งแต่ข้อมือหรือข้อเท้า	100
สูญเสียมือหรือเท้าข้างหนึ่งโดยตัดตั้งแต่ข้อมือหรือข้อเท้า	60
สูญเสียสายตาข้างเดียวโดยไม่สามารถรักษาให้หายได้	60

การสูญเสียมือหรือเท้า หมายความว่า การตัดออกที่ข้อมือหรือข้อเท้าหรือการสูญเสียสมรรถภาพในการใช้งานของอวัยวะนั้นโดยสิ้นเชิงถาวรเนื่องจากการบาดเจ็บที่อวัยวะนั้นโดยตรง

บริษัท อเมริกันอินเตอร์เนชชั่นแนลแอลกอฮอล์ จำกัด

ค่าชดเชยสองเท่า

บริษัทฯ จะจ่ายจำนวนเงินทดแทนเป็นสองเท่าตามการสูญเสียที่ระบุได้ในตารางเงินทดแทน ถ้าสมาชิกผู้เอาประกันภัยได้รับความสูญเสียจากเหตุใดเหตุหนึ่งที่เกิดขึ้น ดังต่อไปนี้

- กรณีที่ 1. ถ้าอุบัติเหตุเกิดขึ้นแก่ยานพาหนะ ทำให้เกิดการสูญเสียดังกล่าว ขณะที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยกำลังโดยสารอยู่ในฐานะผู้โดยสารในยานพาหนะสาธารณะที่ขับเคลื่อนด้วยเครื่องกล ซึ่งผู้ทำการขนส่งสาธารณะเป็นผู้รับจ้างทำการขนส่ง บนเส้นทางขนส่งทางบกที่ได้กำหนดไว้ หรือ ขณะที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยอยู่ในลิฟท์ (ยกเว้นลิฟท์ที่ใช้ในเหมืองแร่หรือสถานที่ก่อสร้าง) หรือ
- กรณีที่ 2. การบาดเจ็บหรือเสียชีวิตเกิดขึ้นเนื่องจากไฟไหม้ โรงมหรสพ โรงแรม หรืออาคารสาธารณะอื่นใด ซึ่งสมาชิกผู้เอาประกันภัยอยู่ ณ สถานที่นั้นในขณะที่ยังเกิดไฟไหม้

การทุพพลภาพโดยสิ้นเชิงถาวรเนื่องจากอุบัติเหตุ

ในกรณีอื่นเนื่องจากกาบาดเจ็บที่เป็นผลขึ้นมาภายใน 180 วันนับแต่วันเกิดอุบัติเหตุ เป็นเหตุให้สมาชิกผู้เอาประกันภัยเกิดทุพพลภาพโดยสิ้นเชิงถาวร จนไม่สามารถประกอบหน้าที่การงานใดๆ ในอาชีพประจำหรือในอาชีพอื่นๆ โดยเกิดต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลา 12 เดือนติดต่อกัน บริษัทฯ จะจ่ายเงินให้แก่สมาชิกผู้เอาประกันภัยเป็นจำนวนร้อยละ 10 ของจำนวนเงินเอาประกันภัยที่คงเหลือหลังจากหักด้วยจำนวนเงินจำนวนใด ซึ่งได้จ่ายให้แล้ว หรือที่จะพึงจ่ายตามสัญญาเพิ่มเติมฉบับนี้ อันเนื่องมาจากอุบัติเหตุครั้งเดียวกันนี้ และในกรณีที่บริษัทฯ ได้จ่ายเงินงวดแรกให้ครบ 12 เดือน หลังจากที่ได้รับเงินงวดแรก บริษัทฯ จะจ่ายเงินส่วนที่เหลือของจำนวนเงินคงเหลือข้างต้น ให้แก่ผู้รับผลประโยชน์ตามที่ระบุไว้

ภัยที่มีได้รับความคุ้มครอง

1. การทำร้ายตนเอง หรือการพยายามกระทำเช่นว่านั้นในขณะที่รู้สึกผิดชอบหรือวิกลจริตหรือไม่ก็ตาม
2. สงคราม (ไม่ว่าจะมีการประกาศหรือไม่ก็ตาม) การรุกราน หรือการกระทำของศัตรูต่างชาติ สงครามกลางเมือง การปฏิวัติ การกบฏ การที่ประชาชนก่อความวุ่นวายถึงขนาดลุกฮือขึ้นต่อต้านรัฐบาล การจลาจล การนัดหยุดงาน การปฏิบัติการของผู้ก่อการร้าย
3. ขณะที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยก่ออาชญากรรม หรือขณะถูกจับกุม หรือหลบหนีการจับกุม
4. ขณะที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยกำลังขึ้นหรือกำลังลง หรือขณะโดยสารอยู่ในอากาศยานที่มีได้จดทะเบียนเพื่อบรรทุกผู้โดยสารและมีได้ประกอบการโดยสารการบินพาณิชย์ขณะที่ผู้เอาประกันภัยขึ้นหรือปฏิบัติหน้าที่เป็นพนักงานประจำอากาศยานใด ๆ
5. การแข่งม้า หรือการแข่งขันทึ่ใช้ล้อ

บริษัท อเมริกันอินเตอร์เนชันแนลแอสซิวรันส์ จำกัด

การประกันค่าชดเชยรายวันในโรงพยาบาล

การประกันค่ารักษาพยาบาลรายวันในโรงพยาบาล คือ สัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ฉบับหนึ่งที่แนบและถือเป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์ประกันชีวิตกลุ่ม (กรมธรรม์หลัก) ที่ให้การชดเชยค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเมื่อสมาชิกผู้เอาประกันจำเป็นต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในฐานะผู้ป่วยในอันเป็นผลเนื่องมาจากการเจ็บป่วย หรือโรคร้าย

ความคุ้มครอง

ผลประโยชน์นี้จะให้ความคุ้มครองแก่สมาชิกผู้เอาประกันภัยทั้งในและนอกเวลาทำงานตลอด 24 ชั่วโมง ทุกสถานที่สำหรับการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเป็นเวลาอย่างน้อย 6 ชั่วโมงติดต่อกัน อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

ผลประโยชน์การชดเชย

ชดเชยค่าใช้จ่ายตามอัตราผลประโยชน์ต่อวัน ตามที่ระบุในตารางการประกันภัย สำหรับการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลในแต่ละวัน แต่ไม่เกินจำนวนวันสูงสุดที่กำหนดไว้

ข้อยกเว้น

บริษัทฯ จะไม่จ่ายผลประโยชน์ภายใต้สัญญาเพิ่มเติมนี้ สำหรับกรณีต่อไปนี้

1. การเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บที่เป็นอยู่เดิมแล้ว ในระหว่างเวลา 90 วัน ก่อนวันที่สัญญาเพิ่มเติมมีผลบังคับวันแต่ได้เอาประกันไว้ตามสัญญาเพิ่มเติมนี้มาเป็นเวลา 12 เดือนติดต่อกันแล้ว
2. การเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บอันเกิดขึ้นจาก การทำร้ายตนเอง โรคหรืออาการเกี่ยวกับความผิดปกติของจิตใจ เนื่องจากความกังวล ความเครียด ความกดดันจิตใจ โรคประสาท การติดยาเสพติด หรือโรคพิษสุราเรื้อรัง
3. การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นโดยเป็นผลจากสงคราม การปฏิวัติ
4. ความเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บอันเกิดขึ้นมาจากการจลาจล การนัดหยุดงาน หรือการทะเลาะวิวาท
5. ค่าบริการพยาบาลพิเศษ การตรวจร่างกาย หรือการรักษาใดๆ ที่ไม่จำเป็นทางการแพทย์ การตรวจรักษาหรือการศัลยกรรมเกี่ยวกับฟัน เว้นแต่ในกรณีจำเป็นเพื่อการบำบัดรักษาอาการบาดเจ็บเนื่องจากอุบัติเหตุ
6. การผ่าตัดเพื่อแก้ไขสิ่งผิดปกติอันเกิดมาแต่กำเนิด การรักษาอันเนื่องมาจากการตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การแท้งบุตร การทำแท้ง การรักษาเกี่ยวกับการคุมกำเนิด หรือการรักษาเกี่ยวกับความสามารถในการให้กำเนิด
7. การทำศัลยกรรมตกแต่ง การให้บริการอำนวยความสะดวก เช่น การใช้โทรศัพท์ วิทยุและอื่นๆ ที่คล้ายคลึงกัน การจัดซื้อ หรือการใช้เครื่องอำนวยความสะดวก หรือค่าจูน

შპს "საინჟინრო გეოტექნიკური (საქონლის) კონსტრუქციები"

მისამართი: []

ტელეფონი: []

ფაქსი: []

სადაც: []

სადაც: []

სადაც: []

სადაც: []

მისამართი

სადაც

სადაც

სადაც

სადაც

სადაც

სადაც

მისამართი

სადაც

სადაც

სადაც

სადაც

სადაც

მისამართი

სადაც

სადაც

სადაც

სადაც

სადაც

მისამართი

სადაც

სადაც

სადაც

სადაც

სადაც

მისამართი

სადაც

სადაც

სადაც

სადაც

სადაც

შპს "საინჟინრო გეოტექნიკური (საქონლის) კონსტრუქციები"

სადაც: []

სადაც: []

სადაც: []

სადაც: []

სადაც: []

სადაც: []

სადაც: []

სადაც: []

სადაც: []

სადაც: []

სადაც: []

სადაც: []

სადაც: []

სადაც: []

სადაც: []

სადაც: []

სადაც: []

სადაც: []

სადაც: []

სადაც: []

სადაც: []

სადაც: []

სადაც: []

სადაც: []

სადაც: []

სადაც: []

სადაც: []

სადაც: []

სადაც: []

სადაც: []

სადაც: []

სადაც: []

სადაც: []

სადაც: []

სადაც: []

სადაც: []

სადაც: []

სადაც: []

სადაც: []

სადაც: []

სადაც: []

სადაც: []

სადაც: []

სადაც: []

სადაც: []

სადაც: []

სადაც: []

სადაც: []

คำอธิบาย :

1. โปรดจัดส่งรายงานฉบับนี้ทุกวันที่ 1 ของเดือนหลังจากหักเงินเดือนสมาชิกเพื่อชำระเบี้ยประกันแล้ว
 2. กรณีที่มีสมาชิกขาดส่งเบี้ยประกัน จะต้องแจ้งรายชื่อออกจากโครงการด้วย
 3. กรณีที่มีสมาชิกต้องการถอนเงินสะสม จะต้องให้สมาชิกกรอกแบบฟอร์มขอถอนเงินคืนมูลค่าพร้อมแบบสำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง และแนบมาพร้อมรายงานนี้
 4. กรณีสมาชิกเสียชีวิต ขอรับค่าและรายการสงเคราะห์ได้ที่ แผนกเบ็ดเสร็จสินเชื่อ โทร.0-2635-7743
 5. ในกรณีที่สมาชิกมีการเปลี่ยนแปลงชื่อ-นามสกุล ต้องแนบสำเนาหลักฐานการเปลี่ยนแปลง
 6. ก่อนจัดส่งรายงานฉบับนี้ โปรดถ่ายสำเนาไว้เป็นหลักฐานอ้างอิง
- *** ข้อมูลสมาชิกที่ท่านแจ้งมีความสำคัญ และมีผลต่อความคุ้มครองตามสัญญากรมธรรม์
จึง懇 กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลสมาชิกทุกครั้ง ก่อนนำส่งมายังฝ่ายประกันกลุ่ม

บริษัท เอไอเอ จำกัด

รายงานการนำส่งเบี้ยประกัน และกรณขอลดสมาชิกที่มีการขาดส่งเบี้ยประกัน
สำหรับโครงการสวัสดิการประกันกลุ่มแบบสะสมทรัพย์ครบเกษียณอายุ 60 ปี (GSE)

แบบ กจ. 1

เลขที่กรมธรรม์..... รายปี
 ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ (บริษัท/องค์กร/หน่วยงาน)..... รายเดือน
 ประจําเดือน..... ปี.....

รายงานการขอคืนเบี้ยประกัน และ จำนวนสมาชิก	จำนวนสมาชิก	จำนวนเบี้ยประกัน
จำนวนสมาชิกที่ออกมาจากงวดเดือนก่อน		
จำนวนสมาชิกที่ขาดส่งเบี้ยประกัน (ลาออก/ไม่สามารถหักเบี้ยประกัน/ขอถอนเงิน/เสียชีวิต/เกษียณอายุ)		
จำนวนสมาชิกที่ชำระเบี้ยประกันสำหรับงวดเดือนนี้ : โปรดชำระ และนำส่งเบี้ยประกันตามรอบนี้.....		

รายงานการนำส่งเบี้ยประกัน จำนวนเงินทั้งสิ้น.....บาท ซึ่งชำระโดยรายละเอียดดังต่อไปนี้

DCR เลขที่..... ลงวันที่..... จำนวนเงิน.....บาท

Chq. ธนาคาร..... เลขที่..... ลงวันที่..... จำนวนเงิน.....บาท

จดจ. เลขที่..... ลงวันที่..... จำนวนเงิน.....บาท

Barcode ธนาคารกรุงไทย ลงวันที่..... จำนวนเงิน.....บาท

Barcode ธนาคารออมสิน ลงวันที่..... จำนวนเงิน.....บาท

รายละเอียดสมาชิกที่ขาดส่งเบี้ยประกัน					
รายการ	เลขที่บัตรประจำตัว	ชื่อ - นามสกุล	แผนจำนวนเงิน	วันที่ขาดส่งเบี้ยประกัน	โปรดระบุสาเหตุที่ขาดส่ง เช่น ลาออก,ขาดส่ง,เสียชีวิต,เกษียณ

คำเตือน : ในการชำระเบี้ยประกันทุกครั้ง โปรดขอใบรับเงินชั่วคราวจากตัวแทนผู้บริการใช้เป็นหลักฐานอ้างอิง
 อนึ่ง ในกรณีที่ท่านได้ชำระเงินโดยไปรษณีย์หรือผ่านธนาคาร นำฝากผ่านธนาคาร (.....) *
 โปรดส่งสำเนาหลักฐานการชำระเบี้ยประกันที่สามารถอ้างอิงได้ หากเป็นบัญชีออมทรัพย์ (ตัวหนา)
 หากมีข้อสงสัยใดๆ โปรดติดต่อฝ่ายประกันกลุ่ม โทร.0-2634-8888 ต่อ 6916, 6525 (ขอแจ้งเป็นลูกค้านำเงิน) หมายเลขโทรศัพท์.....

รายละเอียดตัวแทนที่ให้บริการ

ตัวแทน : รหัสตัวแทน..... สำนักงาน.....
 หน่วยงาน : รหัสสาขา..... มือถือ.....



จำนวนเงินนำส่งประกันกลุ่ม
 Bill no.



บริษัท เอไอเอ จำกัด

AIA Company Limited

ฝ่ายสินไหมประกันกลุ่ม อาคาร เอไอเอ ทาวเวอร์ 2 เลขที่ 181 อ.สุรวงศ์ บางรัก กรุงเทพฯ 10500 โทร. 0 2634 8888

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาลประกันกลุ่ม (Group Claim Form)

ข้อแนะนำ เพื่อให้การพิจารณาเรียกร้องสินไหมด้วยความรวดเร็ว (Consideration for outstanding reimbursement)

1. การกรอกแบบฟอร์ม (Filling Claim Form)

- แบบฟอร์มนี้จะต้องกรอกข้อความสมบูรณ์ โดยสมาชิกผู้เอาประกันภัยกรอกตอนที่ 1 และแพทย์ผู้ตรวจรักษากรอกตอนที่ 2 หรือ 3 พร้อมประทับตราสถานพยาบาล (Complete filling the information by insured, the physician and stamp hospital logo)
- กรณีที่ไม่ได้รับแบบฟอร์มของบริษัทให้แพทย์ผู้ตรวจรักษากรอกตอนที่ 2 หรือ 3 จะต้องแนบใบรับรองแพทย์ที่ระบุวันเข้า และออกจากโรงพยาบาล, การวินิจฉัยโรค, สาเหตุของการรักษาพยาบาล, ประเภทของการรักษา และ/หรือการผ่าตัด แนบมาพร้อมกับแบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหม (In case of incomplete claim form part II or part III filling by physician sick medical certificate which introduce of hospital stay diagnosis, type of treatment and operation can instead)

2. เอกสารที่ต้องส่งให้บริษัท (Document for Reimbursement)

- แบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาลประกันกลุ่ม (Group claim form)
- ใบรับรองแพทย์ (กรณีแพทย์ไม่ได้กรอกแบบฟอร์มตอนที่ 2 หรือ 3) (Certificate medical, in case of incomplete claim form part II or III)
- ใบเสร็จรับเงินค่าน้ำยา (ยกเว้นกรณีการใช้เครดิตโรงพยาบาล และการเรียกร้องผลประโยชน์ค่าชดเชยรายวันในโรงพยาบาล) (Original receipt, excepted use credit case and reimbursement of Hospital income benefit)
- ใบงบทันทุนค่ารักษาพยาบาล (กรณีนอนโรงพยาบาล) (Invoice bill, in case of Inpatient)

3. ระยะเวลาการจัดส่งเอกสาร (Time Sending)

- กรณีนอนโรงพยาบาล ขึ้นเอกสารภายใน 20 วันหลังจากออกจากโรงพยาบาล (In case of Inpatient submit to AIA within 20 days after discharged)
- กรณีคนไข้มาออกนอกสถานพยาบาลภายใน 90 วันนับแต่วันที่ทำการรักษาพยาบาล (In case of Out patient submit to AIA within 90 days after treatment)

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้เอาประกันภัย (Part I - For Insured Member)

ชื่อนายจ้าง (บริษัท, ห้าง, ร้าน, หน่วยงาน, กองทุนหมู่บ้าน) (Employer's name)

กรมธรรม์ประกันกลุ่มเลขที่ (Group Policy No.) ใบรับรองเลขที่ (Certificate No.)

ชื่อผู้เอาประกันภัย (Insured member) อายุ (Age) ปี (years) เพศ (Sex)

ชื่อผู้ป่วย (Patient's name) อายุ (Age) ปี (years) เพศ (Sex)

มีประกันภัยแบบอื่นที่ประสงค์ใช้ร่วมหรือไม่ ถ้ามี โปรดระบุ แบบ / ชื่อบริษัท เลขที่กรมธรรม์
(Do you have other insurance? If yes, please identify insurance type and insurer company) (Policy No.)

ใบมอบฉันทะให้สถานพยาบาลหรือสถานพยาบาล

ณ ที่นี้ข้าพเจ้าขอมอบฉันทะให้แพทย์ โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลที่ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้าเข้ามามีอำนาจให้รายละเอียดเกี่ยวกับสุขภาพ รวมทั้งประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้ากับบริษัท เอไอเอ จำกัด อนึ่ง สำเนารูปถ่ายของใบมอบฉันทะนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับ

Authorization to Consult Physician Hospital or Clinic

I hereby authorize any physician, medical practitioner hospital or clinic by whom or where I have been observed or treated, to give full particulars about my health including my whole medical history, to the AIA COMPANY LIMITED. A photo static copy of this authorization shall have the full effect to the original authorization.

ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย ลงชื่อ ผู้เรียกร้อง (กรณีคู่สมรส/บุตร)
Signature Insured Member Signature Spouse or Child

วันที่ (Date) วันที่ (Date)

ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์ กรณีรักษาพยาบาลแบบคนไข้นอก และอุบัติเหตุฉุกเฉิน (Part II - For Physician In Case OPD / ER Acc (or EPOT) / AME (or ME)

ชื่อแพทย์ (Physician's Name) เลขที่ใบอนุญาตฯ (License No.)

ชื่อผู้ป่วย (Patient's Name) อายุ (Age) ปี (years) เพศ (Sex)

กรณีรักษาพยาบาลการเจ็บป่วยแบบคนไข้นอก (OPD)

การวินิจฉัยโรค (Diagnosis)

วัน/เดือน/ปี ที่ทำการรักษาพยาบาล (Date of Treatment)

ลายเซ็นแพทย์ (Signature) วันที่ (Date) ไปรษณียบัตรสถานพยาบาล (Hospital Stamp)

กรณีรักษาพยาบาลแบบอุบัติเหตุฉุกเฉิน ER Acc (or EPOT) / AME (or ME)

วันที่เกิดอุบัติเหตุ (Date of Accident) เวลาที่เกิดอุบัติเหตุ (Time of Accident)

วันที่ทำการรักษา (Date of Treatment) เวลาทำการรักษา (Time of Treatment)

สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ (Cause of Accident)

อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ (Organs of Accident)

วิธีการรักษาพยาบาล (Treatment)

ขณะเกิดอุบัติเหตุครั้งนี้ ผู้ป่วยใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติดหรือไม่ () ไม่/No () ใช่/Yes
(Was the accident related to alcohol, drug abuse or addiction?)

ลายเซ็นแพทย์ (Signature) วันที่ (Date) ไปรษณียบัตรสถานพยาบาล (Hospital Stamp)

กรณีเรียกร่องผลประโยชน์ประกันกลุ่มคำรักษาในโรงพยาบาลและศัลยกรรม (IPD)

กรณีเรียกร่องผลประโยชน์ประกันกลุ่มค่าชดเชยรายวันในโรงพยาบาล (EB)

ตอนที่ 3 สำหรับแพทย์กรอก กรณีรักษาแบบคนไข้ในและศัลยกรรม (Part III - For Physician Discharge Summary)

ชื่อผู้ป่วย (Patient's Name) อายุ (Age).....ปี (years) เพศ (Sex)..... HN..... AN.....

วันที่เข้าโรงพยาบาล (Admission Date) เวลา (Time)

วันที่ออกจากโรงพยาบาล (Discharge Date) เวลา (Time)

กรุณากรอกรายละเอียดในการรักษาครั้งนี้ (Please give detail relating to this treatment) *Please use medical terminology

กรณีเจ็บป่วย (For Illness) : 1. วันที่ท่านพบผู้ป่วยในการเจ็บป่วยครั้งนี้ (Date you first saw the patient for this illness) :

2. อาการสำคัญและช่วงระยะเวลาที่ปรากฏอาการ (Chief complaint and duration of symptoms) :

3. ในความเห็นของท่าน อาการของโรคจะคงอยู่นานเท่าไร (In your opinion, how long should this symptoms persist for this illness) :

กรณีอุบัติเหตุ (For Accident) : 1. วันและเวลาที่เกิดอุบัติเหตุ (Date & Time of accident)

2. เวลาที่ท่านพบผู้ป่วยครั้งแรก (Date & Time you first saw this patient)

3. สาเหตุของอุบัติเหตุ, ลักษณะของแผลและอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ

(Cause of accident, nature of wound and injured organs)

4. ผู้ป่วยมีอาการมึนเมาจากแอลกอฮอล์หรือยาเมื่อมาถึงโรงพยาบาลหรือไม่

(Was the patient under the influence of alcohol or drug at the time of arrival to the hospital?) () ไม่ใช่/No () ใช่/Yes

อาการหรือสัญญาณที่ตรวจพบ (Pertinent Clinical findings, symptoms & signs)

โรคประจำตัว (Underlying diseases)

การตรวจรอบโรค/พยาธิสภาพของโรค (Investigations/ Pathological studies)

การวินิจฉัยโรค 1 (Diagnosis 1) ICD10

การวินิจฉัยโรค 2 (Diagnosis 2) ICD10

การวินิจฉัยโรค 3 (Diagnosis 3) ICD10

กรุณาระบุการวินิจฉัยในการนอนโรงพยาบาลครั้งนี้ ไม่รวมโรคประจำตัวหรืออาการที่ไม่ได้ทำการรักษา, กรุณาเรียงจากที่สำคัญมากไปน้อย

(Please fill the diagnosis that treated on this admission, not including the underlying diseases or conditions not treated : please ranking from the most important to the less one)

การรักษา (Treatment)

การผ่าตัด/วิธีการ (Surgery/ Operation) ICD 9-CM or 10TM

ผลการรักษา/ภาวะแทรกซ้อน (Result/Complications)

การเจ็บป่วยครั้งนี้เกี่ยวข้องกับการใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติดหรือไม่ (Was the illness related to alcohol, drug abuse or addiction?) () ไม่ใช่/No () ใช่/Yes.....

สำหรับผู้ป่วยสตรีมีภาวะตั้งครรภ์หรือไม่ (For Female is the patient pregnant?) () ไม่ใช่/No () ใช่/ Yes Gestational age..... Wks

การเจ็บป่วยครั้งนี้เป็นมาแต่กำเนิดหรือไม่ (Is condition congenital?) () ไม่ใช่/No () ใช่/ Yes

HIV () ยังไม่ตรวจ (Not done) () ตรวจแล้ว (Done) ผล (Result)

ผู้ป่วยเคยรักษาด้วยแพทย์ท่านอื่นมาก่อนหรือไม่ (Has patient ever been treated by other doctor before?) () ไม่เคย/ No () เคย/Yes โปรดระบุชื่อ และที่อยู่

Please give name and address

ประวัติในอดีต (Past History)

วันที่ (Date)	สัญญาณ และอาการ (Signs & Symptoms)	การวินิจฉัยโรค (Diagnosis)	การรักษา (Treatment)	แพทย์ (Physicians)

ลายเซ็นแพทย์ (Signature)

เลขที่ใบอนุญาตฯ (Medical License No.)

(.....) วันที่ (Date)

โปรดประทับตราสถานพยาบาล (Hospital Stamp)



FH00

บริษัท เอไอเอ จำกัด

เอไอเอ ทาวเวอร์ 2

181 ถนนสุรวงศ์ เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

โทรศัพท์ 0 2634 8888 โทรสาร 0 2638 7721

AIA.CO.TH

เรื่อง คำแนะนำการจ่ายเงินผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลผ่านบัญชีธนาคาร (Media Clearing)

เรียน ท่านสมาชิกผู้เอาประกันภัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบฟอร์มหนังสือแจ้งความจำเป็นขอรับเงินผลประโยชน์ตามกฎหมายประกันภัยกลุ่มผ่านบัญชีธนาคาร (อยู่ด้านหลังจดหมายฉบับนี้)

บริษัท ขอขอบพระคุณท่านเป็นอย่างยิ่งที่เลือกใช้บริการของบริษัท จึงมีความยินดีขอเรียนให้ทราบว่า ปัจจุบันบริษัทมีบริการเกี่ยวกับการรับเงินผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาล และเงินผลประโยชน์ใดๆตามกฎหมายประกันภัยกลุ่ม ผ่านบัญชีธนาคาร (Media Clearing) จึงใคร่เรียนแนะนำผลประโยชน์และขั้นตอนในการใช้บริการขอรับเงินผลประโยชน์ตามกฎหมายประกันภัยกลุ่มผ่านธนาคารดังนี้

ผลประโยชน์ที่ได้รับ

- สมาชิกผู้เอาประกันภัยจะได้รับเงินผลประโยชน์ดังกล่าวได้สะดวกและรวดเร็วขึ้น
- สมาชิกผู้เอาประกันภัย ไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียมใดๆ ในการใช้บริการดังกล่าว
- ลดปัญหาเกี่ยวกับเช็คสูญหาย หรือ เช็คส่งไม่ถึงมือสมาชิกผู้เอาประกันภัย
- การจ่ายเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคารแต่ละครั้ง ไม่เกิน 200,000 บาท (สองแสนบาทถ้วน)

ขั้นตอนในการขอใช้บริการ

กรอกแบบฟอร์มหนังสือแจ้งความจำเป็นขอรับเงินผลประโยชน์ตามกฎหมายประกันภัยกลุ่ม ผ่านบัญชีธนาคาร โดยมีข้อกำหนด คือ

1. บัญชีเงินฝากที่จะโอนเงินเข้าต้องเป็นบัญชีออมทรัพย์ หรือกระแสรายวันของผู้เอาประกันภัยเท่านั้น โดยบัญชีดังกล่าวต้องมีชื่อในนาม ห้างร้านบริษัท หรือบัญชีที่ใช้ชื่อร่วมกับผู้อื่น
2. เจ้าของบัญชีธนาคาร จะต้องเป็นบุคคลเดียวกันกับสมาชิกผู้เอาประกันภัย
3. กรอกข้อความครบถ้วน และถูกต้อง และสมาชิกผู้เอาประกันภัยลงลายมือชื่อในช่อง สมาชิกผู้เอาประกันภัย / เจ้าของบัญชี ให้เหมือนกับลายมือชื่อที่ให้ไว้ใน ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มสำหรับสมาชิก หรือสำหรับคู่สมรส
4. แนบเอกสารประกอบ ดังนี้

4.1 แนบรายการเดินบัญชี (Statement) สำหรับบัญชีกระแสรายวัน หรือ สำเนาหน้าสมุดคู่ฝากบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ โดยให้สมาชิกผู้เอาประกันภัยลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้องที่เหมือนกับลายมือชื่อที่ให้ไว้ใน ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มสำหรับสมาชิก หรือสำหรับคู่สมรส

4.2 สำเนาบัตรประชาชน หรือ สำเนาทะเบียนบ้าน

ส่งเอกสารทั้งหมดไปยังบริษัท เอไอเอ จำกัด ฝ่ายประกันภัยกลุ่ม ชั้น 17 อาคาร เอไอเอ ทาวเวอร์ 2 เลขที่ 181 ถนนสุรวงศ์ เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

บริษัท หวังเป็นอย่างยิ่งว่าการให้บริการดังกล่าวข้างต้น จะเป็นประโยชน์และอำนวยความสะดวกต่อท่านยิ่งขึ้น บริษัทจะมุ่งพัฒนาการบริการเพื่อผู้เอาประกันภัยต่อไปอย่างไม่หยุดยั้ง

ขอแสดงความนับถือ

บริษัท เอไอเอ จำกัด

หนังสือแจ้งความจำนงขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มผ่านบัญชีธนาคาร
สำหรับผู้เอาประกันภัย บริษัท เอไอเอ จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้าชื่อ.....สังกัด (หน่วยงาน/บริษัท/ห้างร้าน).....

กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มเลขที่.....ใบรับรองเลขที่.....

โทรศัพท์ที่ติดต่อสะดวก.....อีเมลล์ (ถ้ามี).....

ขอให้บริษัท เอไอเอ จำกัด นำผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาล หรือผลประโยชน์ใด ๆ (ยกเว้นสินไหมมรดกกรม) ที่เกิดขึ้นตามกรมธรรม์
ประกันภัยข้างต้น เข้าบัญชีธนาคารของข้าพเจ้าตามรายละเอียดข้างท้าย เมื่อบริษัทได้นำเงินผลประโยชน์เข้าบัญชีดังกล่าวแล้ว ข้าพเจ้า
รับรองและยอมรับว่าบริษัทได้จ่ายเงินผลประโยชน์ให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนด และเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย

รายละเอียดบัญชีธนาคาร

ชื่อบัญชีของผู้เอาประกันภัย.....

ชื่อธนาคาร (เฉพาะที่มีสาขาในประเทศไทยเท่านั้น).....สาขา.....

เลขที่บัญชี.....ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ กระแสรายวัน

ข้อกำหนด และเงื่อนไข

1. ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้ บริษัทนำเงินผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาล หรือผลประโยชน์ใดๆที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับ (ไม่รวมสินไหม
มรดกกรม) ตามกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มที่ระบุด้านบนนี้เข้าบัญชีธนาคารดังกล่าวข้างต้น โดยให้ถือว่าบริษัท ได้จ่ายเงินผลประโยชน์
นั้น ตามข้อกำหนด และเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้ว
2. ข้าพเจ้าได้แนบ STATEMENT บัญชีกระแสรายวัน หรือ สำเนาหน้าสมุดบัญชีออมทรัพย์ ของบัญชีธนาคาร ซึ่งข้าพเจ้าได้ลงนาม
รับรองสำเนาถูกต้อง มาพร้อมนี้แล้ว
3. ในกรณีที่บริษัทไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีธนาคารตามที่ระบุไว้ใน ข้อที่ 1. ไม่ว่าจะด้วยเหตุใดๆ ก็ตาม ข้าพเจ้าตกลงให้บริษัท จ่ายเงิน
ผลประโยชน์ดังกล่าวให้แก่ข้าพเจ้าเป็นเช็ค ตามวิธีปฏิบัติปกติของบริษัท
4. การเปลี่ยนแปลงใดๆ เกี่ยวกับการขอรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคารตามที่ระบุไว้ในหนังสือนี้ ให้ทำเป็นลายลักษณ์อักษร และ
ส่งให้บริษัท ทราบล่วงหน้าก่อนวันครบรอบปีกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มไม่น้อยกว่า 30 วัน และการเปลี่ยนแปลงนั้นให้มีผลบังคับในวัน
ครบรอบปีกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มของแต่ละปีที่ทำหนังสือนั้น
5. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ยกเลิกการจ่ายเงินผลประโยชน์ดังกล่าวเข้าบัญชีธนาคารของข้าพเจ้าได้ทุกเมื่อ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งให้
ข้าพเจ้าทราบล่วงหน้า ในกรณีเช่นนี้ ข้าพเจ้าตกลงให้บริษัท จ่ายเงินผลประโยชน์ดังกล่าวให้แก่ข้าพเจ้าเป็นเช็ค ตามวิธีปฏิบัติปกติของ
บริษัท ค่ะไป

เพื่อเป็นหลักฐานแห่งข้อตกลงข้างต้น ข้าพเจ้าได้ลงนามไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานให้เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....พยาน ลงชื่อ.....

()

สมาชิกผู้เอาประกันภัย / เจ้าของบัญชี

(โปรดเซ็นชื่อให้เหมือนกับลายเซ็นในใบคำขอเอาประกันภัย)

เพื่อดำเนินการตามความประสงค์ของท่าน บริษัท จะจ่ายเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่ม ให้แก่ท่านผ่านบัญชีธนาคารตามที่ท่านได้
แจ้งความจำนงไว้ โดยบริษัท จะนำส่งเอกสารรายละเอียดการจ่ายผลประโยชน์ให้ท่านทราบทุกครั้ง

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท	Reference No
ดำเนินการโดย.....วันที่.....
ชื่อเจ้าหน้าที่บริษัท	

