

การประชุมชี้แจง (รอบที่ 2)

โครงการประกันชีวิต – อุบัติเหตุ – สุขภาพ แบบกลุ่มแก่บุคลากรและครอบครัว

วันอังคารที่ 12 พฤศจิกายน เวลา 10.00 – 11.30 น.

ณ ห้องประชุมออนไลน์ผ่านระบบ ZOOM



กำหนดการ



ช่วงที่ 1 : **พิธีเปิด** การประชุมชี้แจงโครงการประกันชีวิต – อุบัติเหตุ – สุขภาพแบบกลุ่มฯ
โดย ผู้ช่วยอธิการบดี (นายโกโคย ศรีรัตโนภาส)



ช่วงที่ 2 : **กล่าวที่มาและสรุปโครงการประกันกลุ่ม** ฯ ประจำปี 2567-2568
โดย ผู้อำนวยการสำนักบริหารทรัพยากรมนุษย์ (นางสาวนุชรา ปานกรด)



ช่วงที่ 3 : **ชี้แจงรายละเอียด และตอบข้อซักถาม** โครงการประกันกลุ่ม ฯ
โดย วิทยากรจากทีมงาน บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

Agenda

1

แผนและรูปแบบโครงการประกันสุขภาพแบบกลุ่ม ฯ ประจำปี 2567 -2568

2

สวัสดิการยืดหยุ่นด้านสุขภาพ (Flexible benefit) ที่มหาวิทยาลัยจัดให้ 9 ประเภท

3

ขั้นตอนการรับสมัครและดำเนินการโดย
บริษัทอาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

seLife
อาคเนย์ประกันชีวิต

ที่มา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จัดให้มีโครงการประกันชีวิต – อุบัติเหตุ – สุขภาพ แบบกลุ่ม ให้แก่บุคลากรและครอบครัว ประจำปี 2567 – 2568

- ประกาศให้บริษัทผู้รับประกัน ฯ เสนอตามข้อกำหนดโครงการ ประจำปี 2568 จำนวน 22 บริษัท และมีบริษัทที่สนใจมารับฟังข้อกำหนด จำนวน 7 บริษัท
- แต่มีเพียง 1 บริษัท ที่มายื่นข้อเสนอ ตามข้อกำหนดฯ
- เมื่อคณะกรรมการพิจารณาแล้ว จึงมีมติ คัดเลือก บริษัทอาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เป็นผู้ดูแลจัดโครงการประกันชีวิต – อุบัติเหตุ – สุขภาพ แบบกลุ่มให้แก่บุคลากรและครอบครัว

แผนความ คุ้มครอง

- เป็นแผนความคุ้มครองที่สูงสุดและดีที่สุด ทั้งผลประโยชน์และความคุ้มครอง วงเงินเอาประกัน ผลประโยชน์ความคุ้มครอง วงเงินเอาประกันเต็ม 12 เดือน โดยเริ่มความคุ้มครองตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2567 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2568 (10 เดือน)
- ความคุ้มครอง 10 เดือน เพื่อเป็นไปตามรอบบัญชีงบประมาณ และเป็นการดูแลบุคลากรที่เกษียณอายุใน ปีงบประมาณนั้น ๆ ไม่ต้องรับภาระค่าเบี้ยประกันส่วนต่าง หลังสิ้นปีงบประมาณ (เมื่อตรงปีงบประมาณปีหน้า ก็ไม่ต้องซื้อต่อเองอีก 2 เดือน)

1. แผนและรูปแบบโครงการประกันสุขภาพแบบกลุ่ม ฯ ปี 2567 -2568

สำหรับสมาชิกหลัก ที่มหาวิทยาลัยและส่วนงาน/หน่วยงานรับผิดชอบค่าเบี้ยประกันให้



สำหรับพนักงานมหาวิทยาลัย

มหาวิทยาลัย/ส่วนงานรับผิดชอบค่าเบี้ยให้

แผนและรูปแบบโครงการประกันสุขภาพแบบกลุ่ม

คุ้มครองระหว่างวันที่ 1 ธ.ค. 2567 – 30 ก.ย. 2568 (10 เดือน)

ภายใต้ความดูแลของ บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

ได้แก่ พนักงานมหาวิทยาลัยหมวดเงินอุดหนุน, พนักงานมหาวิทยาลัยหมวดเงินรายได้, พนม.ที่เปลี่ยนสถานภาพมาจากข้าราชการ และพนักงาน รปภ.



ผลประโยชน์ความคุ้มครอง / วงเงินเอาประกัน (คุ้มครองทั่วโลกตลอด 24 ชั่วโมง)	ผลประโยชน์ แผน Premium
1. การประกันชีวิต: จ่ายเงินทดแทนในกรณี - เสียชีวิต (ทั้งจากการเจ็บป่วยและประสบอุบัติเหตุ ตลอด 24 ชั่วโมงทั่วโลก)	300,000
2. การประกันอุบัติเหตุ: จ่ายทดแทนอีกจำนวนในกรณี (อบ.2) 2.1 อุบัติเหตุทั่วไป เพิ่มความคุ้มครอง การถูกฆาตกรรม ลอบทำร้าย จลาจล การนัดหยุดงาน การปฏิบัติของ ผู้ก่อการร้าย สงครามกลางเมือง และการขับชื้อหรือซ่อนท้ายรถจักรยานยนต์	300,000
2.2 อุบัติเหตุสาธารณะ ด้วยเหตุไฟไหม้ในโรงแรม โรงแรม หรืออาคารสาธารณะอื่นใด หรือขณะใช้ลิฟท์ในอาคารสาธารณะ หรือขณะ ที่เป็นผู้โดยสารรถประจำทาง ในซึ่งพนักงานหรือสมาชิกผู้เอาประกันอยู่ในสถานที่นั้นในขณะเพลิงไหม้	ได้รับเพิ่มอีก 1 เท่าของข้อ 2.1
2.3 การรักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง (ครั้งละไม่เกินผลประโยชน์ตามแผนต่ออุบัติเหตุต่อครั้ง)	-
3. การประกันสุขภาพ: ชดเชยค่ารักษากรณีเจ็บป่วย หรือ 3.1 กรณีรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน (IPD) - ค่าห้องและค่าอาหารต่อวัน (สูงสุด 120 วันต่อครั้ง) - ค่าห้องพยาบาลผู้ป่วยหนัก ICU (สูงสุด 30 วันต่อครั้ง) - ค่ารักษาพยาบาลอื่น ๆ (ต่อครั้ง) - ค่าธรรมเนียมผ่าตัด (ตามที่จ่ายจริง-สูงสุดรวม) - ค่าปรึกษาแพทย์ทั่วไป ต่อวัน (สูงสุด 120 วันต่อครั้ง) - ค่าปรึกษาแพทย์เฉพาะทางหรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (ต่อครั้ง) (จ่ายแยกจากค่าใช้จ่ายทั่วไปและค่าธรรมเนียมผ่าตัด)	3,000 6,000 31,000 41,000 1,000 3,000
3.2 กรณีรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก (OPD) - ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกเฉพาะกรณีประสบอุบัติเหตุฉุกเฉิน ภายใน 72 ชั่วโมง รักษาจนกว่าจะหายหรือ จนกว่าจะเต็มวงเงิน โดยไม่กำหนดวันรักษาต่อเนื่อง - ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (เหมาจ่าย) วงเงิน/ปี	10,000 20,000
4. ค่ารักษาทางทันตกรรม (ต่อปี) (ขูดหินปูน ถูฟัน ถอนฟัน การรักษาประสาทรากฟัน และผ่าฟันคุด รวมถึงค่ารักษาตรวจทาง ห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยโรค)	3,000

หมายเหตุ: ผลประโยชน์ความคุ้มครองวงเงินเอาประกันเต็ม 12 เดือน

Chulalongkorn University

สมาชิกหลักจะได้รับ

ประกันแบบสวัสดิการกลุ่ม

รายการ	ผลประโยชน์
IPD Room & Board/Day	3,000
ICU/Day Max. 30 Days	6,000
ER Acc. (72 hrs)	10,000
OPD	20,000



สมาชิกหลัก
 พนักงานมหาวิทยาลัยหมวดเงินอุดหนุน
 พนักงานมหาวิทยาลัยหมวดเงินรายได้
 พนักงานมหาวิทยาลัยที่เปลี่ยนสถานภาพ
 พนักงานรักษาความปลอดภัย

สำหรับบุคลากรภาคสมัครใจ ได้แก่ข้าราชการ ลูกจ้าง บุคลากรเกษียณที่เป็นสมาชิกต่อเนื่อง และสมาชิกสมทบ ได้แก่บุคคลในครอบครัว สามารถซื้อประกันกลุ่มโดยรับผิดชอบค่าใช้จ่าย

มีแผนประกันคุ้มครองชีวิตและสุขภาพ(รวมอุบัติเหตุ) ให้เลือก 3 แผน และแผนประกันอุบัติเหตุ (PA) 1 แผน ค่าเบี้ยประกันมีให้เลือกตั้งแต่ 6,400 – 19,970 บาท/ปี

แผนประกันอุบัติเหตุ เดิม 700 ลดเหลือ 580 บาท/ปี **(ชี้แจงโดยบริษัท)**

ซึ่งเป็นแผนความคุ้มครองที่ดีที่สุด ทั้งผลประโยชน์และความคุ้มครอง โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกหลัก (ข้าราชการ ลูกจ้างเงินงบฯ ลูกจ้างเงินนอกฯ พนักงานวิสามัญ ลูกจ้างชั่วคราว) สามารถซื้อประกันสุขภาพกลุ่มได้ ตามผลประโยชน์และความคุ้มครองที่สมัครใจ เลือกซื้อได้ด้วยตนเอง

แผนประกันราคาถูกกว่าราคาขายจากบริษัทภายนอก และเปิดโอกาสให้สมาชิกหลักซื้อประกันสุขภาพกลุ่มให้กับสมาชิกสมทบ ที่ดูแลครอบคลุมไปยังครอบครัวและญาติของบุคลากร ซึ่งเป็น Benefit ที่ดีที่ดูแลถึงครอบครัวของบุคลากร

รูปแบบขั้นตอนการสมัคร ง่าย สะดวก รวดเร็ว จากบริษัทฯ

วันที่ 1 ธันวาคม ระบบให้บริการของบริษัทประกันที่สามารถดำเนินการยืนยันตัวตนได้ด้วยตนเอง ผ่าน Line Official

สำหรับสมาชิกหลัก (สมัครใจ) และสมาชิกสมทบ รับผิดชอบค่าเบี้ยประกันเอง



แผนและรูปแบบโครงการประกันสุขภาพแบบกลุ่ม
คุ้มครองระหว่างวันที่ 1 ธ.ค. 2567 – 30 ก.ย. 2568 (10 เดือน)
ภายใต้ความดูแลของ บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

ผลประโยชน์ความคุ้มครอง / วงเงินเอาประกัน (คุ้มครองทั่วโลกตลอด 24 ชั่วโมง)	ผลประโยชน์			
	แผน แนะนำ	แผน ประหยัด	แผน Premium	แผนประกัน อุบัติเหตุ
1. การประกันชีวิต: จ่ายเงินทดแทนในกรณี - เสียชีวิต (ทั้งจากการเจ็บป่วยและประสบอุบัติเหตุ ตลอด 24 ชั่วโมงทั่วโลก)	200,000	100,000	300,000	10,000
2. การประกันอุบัติเหตุ: จ่ายทดแทนอีกจำนวนในกรณี (อบ.2) 2.1 อุบัติเหตุทั่วไป เพิ่มความคุ้มครอง การถูกฆาตกรรม ลอบทำร้าย จลาจล การนัดหยุดงาน การปฏิบัติงานของผู้ก่อการร้าย สงครามกลางเมือง และการขับขี่ยานพาหนะหรือการโดยสารรถจักรยานยนต์	200,000	100,000	300,000	300,000
2.2 อุบัติเหตุสาธารณะ ด้วยเหตุไฟไหม้ในโรงแรม โรงแรม หรืออาคารสาธารณะอื่นใด หรือขณะใช้ลิฟท์ในอาคารสาธารณะ หรือขณะที่เป็นผู้โดยสารรถประจำทาง ในซึ่งพนักงานหรือสมาชิกผู้เอาประกันอยู่ในสถานที่นั้นในขณะเพลิงไหม้	ได้รับเพิ่มอีก 1 เท่าของข้อ 2.1			
2.3 การรักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง (ครั้งละไม่เกินผลประโยชน์ตามแผนต่ออุบัติเหตุต่อครั้ง)	-	-	-	30,000
3. การประกันสุขภาพ : ชดเชยค่ารักษากรณีเจ็บป่วย หรือ 3.1 กรณีรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน (IPD) - ค่าห้องและค่าอาหารต่อวัน (สูงสุด 120 วันต่อครั้ง) - ค่าห้องพยาบาลผู้ป่วยหนัก ICU (สูงสุด 30 วันต่อครั้ง) - ค่ารักษาพยาบาลอื่น ๆ (ต่อครั้ง) - ค่าธรรมเนียมผ่าตัด (ตามที่จ่ายจริง-สูงสุดรวม) - ค่าปรึกษาแพทย์ทั่วไป ต่อวัน (สูงสุด 120 วันต่อครั้ง) - ค่าปรึกษาแพทย์เฉพาะทางหรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (ต่อครั้ง) (จ่ายแยกจากค่าใช้จ่ายทั่วไปและค่าธรรมเนียมผ่าตัด)	1,600 3,200 21,000 31,000 700 2,500	1,100 2,200 16,000 21,000 500 2,000	3,000 6,000 31,000 41,000 1,000 3,000	-
3.2 กรณีรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก (OPD) - ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกเฉพาะกรณีประสบ อุบัติเหตุฉุกเฉิน ภายใน 72 ชั่วโมง รักษาจนกว่าจะ หายหรือจนกว่าจะเต็มวงเงิน โดยไม่กำหนดวัน รักษาต่อเนื่อง - ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (เหมาจ่าย) วงเงิน/ปี	5,000 15,000	4,000 10,000	10,000 20,000	-
4. ค่ารักษาทางทันตกรรม (ต่อปี) (อุดฟัน ปูน อุดฟัน การรักษาสะเทาะฟัน และผ่าฟันคุด รวมถึงค่ารักษาตามค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยโรค)	2,000	1,000	3,000	-
ค่าเบี้ยประกันต่อปี (12 เดือน)	12,702.96	7,684.21	23,977.13	696.38
บุคลากรจ่ายเพียง 10 เดือน	10,580	6,400	19,970	580

หมายเหตุ: 1) ผลประโยชน์ความคุ้มครองวงเงินเอาประกันเต็ม 12 เดือน
2) สมาชิกสมทบสามารถเลือกซื้อแผนความคุ้มครองที่ค่าเบี้ยเท่ากันหรือน้อยกว่าสมาชิกหลัก
ฝ่ายสิทธิประโยชน์และประกันสุขภาพ สำนักบริหารทรัพยากรมนุษย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. สวัสดิการยืดหยุ่น (Flexible Benefit)

นอกจากสวัสดิการประกันสุขภาพแล้ว มหาวิทยาลัยยังจัดเพิ่มเติมสวัสดิการยืดหยุ่นให้ท่านเป็นพิเศษเพื่อนำไปใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ !! โดยท่านสามารถใช้สิทธิ์ตามรายการ ได้ตั้งแต่วันที่ 1 ธ.ค.67 และ นำใบเสร็จเบิกผ่านระบบ CU ERP Fiori ได้ตั้งแต่วันที่ 1 ก.พ. 68 เป็นต้นไป

พิเศษสำหรับปีนี้
มหาวิทยาลัยมอบสิทธิสวัสดิการยืดหยุ่น
(Flexible Benefit)
ให้ท่านนำไปใช้จ่ายเพื่อการดูแลสุขภาพอีก

2500.- บาท

สวัสดิการยืดหยุ่น (Flexible benefit)

ระหว่างเวลาตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2567 - 30 กันยายน 2568

รายการ	รายละเอียด
 อุปกรณ์ที่ใช้ในการป้องกันและบำบัดรักษา	- เครื่องวัดความดันโลหิต พร้อมทั้งอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับเครื่องวัดความดันโลหิต - เครื่องวัดน้ำตาลในเลือดและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องสำหรับตรวจน้ำตาลในเลือด - ค่าใช้จ่ายเพื่อแก้ไขปัญหาความผิดปกติทางสายตา แว่นสายตา คอนแทคเลนส์สายตา พร้อมอุปกรณ์ ที่ต้องใช้ประกอบการใส่คอนแทคเลนส์ การทำ LASIK เป็นต้น - อุปกรณ์สำหรับช่วยพยุงในการเดิน เช่น ไม้เท้า/ไม้ค้ำยันรักแร้แบบไม้/แบบอลูมิเนียม - อุปกรณ์ช่วยพยุงกล้ามเนื้อ เช่น ข้อมือ, ข้อเท้า, ข้อศอก, เข่า, แขน, หลัง - อุปกรณ์เกี่ยวกับประคบร้อน/เย็น เช่นเจลประคบร้อน/เย็น แผ่นให้ความร้อนด้วยไฟฟ้า - คาร์ดเป็นผู้ป่วย - เครื่องฟอกอากาศ - ปรอทวัดอุณหภูมิ/เทอร์โมมิเตอร์วัดไข้ - รองเท้าออกกำลังกาย 
ค่าเบี้ยประกันสุขภาพสำหรับบุคคลในครอบครัว	- เฉพาะแผนประกันของบริษัทประกันที่มหาวิทยาลัยเป็นคู่สัญญา - ครอบครัวสายตรง ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร 
ค่าเบี้ยประกันอุบัติเหตุสำหรับบุคคลในครอบครัว	- เฉพาะแผนประกันของบริษัทประกันที่มหาวิทยาลัยเป็นคู่สัญญา - ครอบครัวสายตรง ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร - สามารถเบิกได้ 1 สิทธิเท่านั้น 
ค่ากายภาพบำบัด	- กายภาพบำบัดสำหรับผู้ที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อหรือข้อต่อต่างๆ ของร่างกาย - กายภาพบำบัดเพื่อรักษาออฟฟิศซินโดรม 
ค่ารักษาทางทันตกรรม	การตรวจฟัน เอ็กซเรย์ฟันและตรวจทางห้องทดลองปฏิบัติการ อุดฟัน, ถอนฟัน, ผ่า/ถอนฟัน, ครอบฟัน, ครอบฟัน, ขูดหินปูน, ทำฟันปลอม, รักษาโรคเหงือกอักเสบ
รายการตรวจสุขภาพประจำปีเพิ่มเติม	รายการตรวจที่บุคลากรประสงค์ตรวจเพิ่มเติมแล้วต้องชำระเงินเองในการตรวจสุขภาพประจำปีของมหาวิทยาลัย
ค่าฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรค	ค่าวัคซีนเพื่อป้องกันโรค เช่น วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่, วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก, วัคซีนป้องกันงูสวัด
การปรึกษาเชิงจิตวิทยา	การปรึกษาปัญหาด้านสุขภาพจิต เจริญจิตวิทยา กับนักจิตวิทยา หรือจิตแพทย์ จากคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หรือ โรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลเอกชน คลินิกจิตเวช
การดูแลสุขภาพร่างกาย / ความงาม	- การรักษาผมร่วง / การปลูกผม - การนวดแผนไทย 

หลักฐานประกอบการเบิกจ่าย : ใบเสร็จรับเงินที่มีเลขประจำตัวผู้เสียภาษี โดยระบุผู้จ่ายเงินเป็นชื่อบุคลากร
ยกเว้นค่าเบี้ยประกันให้ระบุผู้จ่ายเงินเป็นชื่อครอบครัวสายตรงบุคลากร

รายการสวัสดิการยืดหยุ่น (Flexible Benefit)

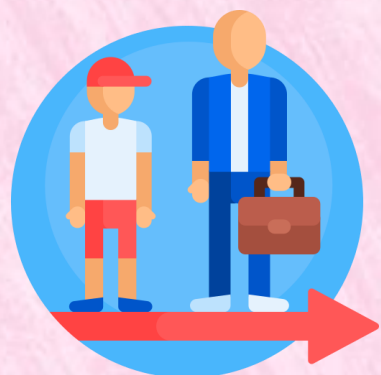
รายการ	รายละเอียด
1. อุปกรณ์ที่ใช้ในการป้องกันและบำบัดรักษา	• เครื่องวัดความดันโลหิต พร้อมทั้งอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องใช้กับเครื่องวัดความดันโลหิต • เครื่องวัดน้ำตาลในเลือดและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องสำหรับตรวจน้ำตาลในเลือด • ค่าใช้จ่ายเพื่อแก้ไขปัญหาความผิดปกติทางสายตา ค่าแว่นสายตา ค่าคอนแทคเลนส์สายตา พร้อมอุปกรณ์ ที่ต้องใช้ประกอบการใส่คอนแทคเลนส์ การทำ LASIK เป็นต้น • อุปกรณ์สำหรับช่วยพยุงในการเดิน เช่น ไม้เท้า/ไม้ค้ำยันรักแร้แบบไม้/แบบอลูมิเนียม เป็นต้น • อุปกรณ์ช่วยพยุงกล้ามเนื้อ เช่น ข้อมือ, ข้อเท้า, ข้อศอก, แขน, หลัง เป็นต้น • อุปกรณ์เกี่ยวกับประคบร้อน/เย็น เช่น เจลประคบร้อน/เย็น แผ่นให้ความร้อนด้วยไฟฟ้า • ค่ารถเข็นผู้ป่วย • เครื่องฟอกอากาศ • พรอทวดอุณหภูมิ/เทอร์โมมิเตอร์วัดไข้ • รองเท้าออกกำลังกาย
2. ค่าเบี้ยประกันสุขภาพ/สำหรับบุคคลในครอบครัว	• เฉพาะแผนประกันของบริษัทประกันที่มหาวิทยาลัยเป็นคู่สัญญา • ครอบครัวสายตรง ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร
3. ค่าเบี้ยประกันอุบัติเหตุ สำหรับบุคคลในครอบครัว	• เฉพาะแผนประกันของบริษัทประกันที่มหาวิทยาลัยเป็นคู่สัญญา • ครอบครัวสายตรง ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร • สามารถเบิกได้แค่ 1 สิทธิเท่านั้น

รายการสวัสดิการยืดหยุ่น (Flexible Benefit)

รายการ	รายละเอียด
4. ค่ากายภาพบำบัด	- กายภาพบำบัดสำหรับผู้ที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อหรือข้อต่อต่าง ๆ ของร่างกาย - กายภาพบำบัดเพื่อรักษาออฟฟิศซินโดรม
5. ค่ารักษาทางทันตกรรม	การตรวจฟัน เอ็กซเรย์ฟันและตรวจทางห้องทดลองปฏิบัติการ อุดฟัน, ถอนฟัน, ผ่า/ถอนฟันคุด, รักษารากฟัน, ครอบฟัน, ขูดหินปูน, ทำฟันปลอม, รักษาโรคเหงือกอักเสบ
6. รายการตรวจสุขภาพประจำปีเพิ่มเติม	รายการตรวจที่บุคลากรประสงค์ตรวจเพิ่มเติมแล้วต้องชำระเงินเองในการตรวจสุขภาพประจำปีของมหาวิทยาลัย
7. ค่าฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรค	ค่าวัคซีนเพื่อป้องกันโรค เช่น วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่, วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก, วัคซีนป้องกันงูสวัด
8. การปรึกษาเชิงจิตวิทยา	การปรึกษาปัญหาด้านสุขภาพจิต เชิงจิตวิทยา กับนักจิตวิทยา หรือ จิตแพทย์ จาก คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หรือโรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลเอกชน คลินิกจิตเวช
9. การดูแลสุขภาพร่างกาย / ความงาม	- การรักษาผิwr่าง/การปลูกผม - การนวดแผนไทย

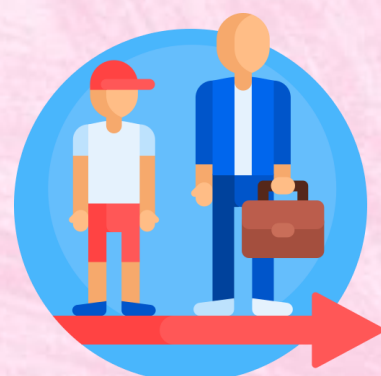
NEW

ประชาสัมพันธ์เพิ่มเติม

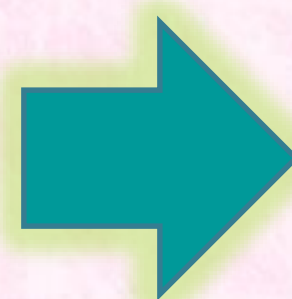


ประชุมชี้แจง ณ ห้องประชุมออนไลน์ผ่านระบบ Zoom ตั้งแต่เวลา 10.00 – 11.30 น.

รอบ 3 วันที่ 13 พ.ย. 67



การให้บริการออกบูธและอำนวยความสะดวก
แก่สมาชิกเป็นเวลา 4 วัน
ตามเวลาและสถานที่



คุ้มครองระหว่างวันที่ 1 ธ.ค. 2567 – 30 ก.ย. 2568 (10 เดือน)
ภายใต้ความดูแลของ บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
จะมออกบูธเพื่อให้บริการและอำนวยความสะดวก
ให้กับสมาชิกหลักและสมาชิกสมทบสามารถสอบถาม
รายละเอียดต่าง ๆ กับทางบริษัทฯ ได้โดยตรง

โดยจะออกบูธ เวลา 09.00 – 15.00 น.

ตามวันและสถานที่ต่าง ๆ ดังนี้

วันที่ **14** และ **19** พ.ย. 2567

ณ โถงชั้นล่าง อาคารจามจุรี 5

วันที่ **15** พ.ย. 2567

ณ ชั้นล่าง อาคารสถาบัน 3

วันที่ **18** พ.ย. 2567

ณ โถงชั้นล่าง อาคารมหิตลาธิเบศร

** เอกสารฉบับนี้ใช้เพื่อสื่อสารภายในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเท่านั้น **

SeLife

อาคเนย์ประกันชีวิต

“สุขได้กับทุกการเปลี่ยนแปลง”

ชี้แจงผลประโยชน์สวัสดิการประกันกลุ่ม
บุคลากรและสมาชิกสมทบจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประจำปี 2568

วันที่นำเสนอ: 12 พฤศจิกายน 2567

หัวข้อการนำเสนอ



1. ประเภทสมาชิกผู้เอาประกัน
2. แผนความคุ้มครองและอัตราเบี้ยประกัน
3. ขั้นตอนการรับสมัคร
4. การบริการต่างๆ ผ่าน Line OA, การเรียกร้องสินไหมฯ

1. ประเภทสมาชิกผู้เอาประกัน



Chula
Chulalongkorn University

seLife
จากณัฏฐ์ประกันชีวิต

มหาวิทยาลัย และส่วนงานฯ เป็นผู้ชำระเบี้ยประกัน

■ สมาชิกหลักประเภท 1

- พนม.หมวดเงินอุดหนุน และหมวดเงินรายได้
- พนม.ที่เปลี่ยนสถานภาพมาจาก ขรก.
- พนักงานรักษาความปลอดภัย
- พนักงานวิสาหกิจ

มี 1 แผนความคุ้มครอง

ยืนยันรายชื่อทำประกันจากสำนักบริหารทรัพยากรมนุษย์
ภายใน 25 พ.ย.2567

บุคลากรสมาชิกหลัก (ภาคสมัครใจ) และสมาชิกสมทบรับผิดชอบค่าเบี้ยประกันภัยเอง

■ สมาชิกหลักประเภท 2

ข้าราชการ ลูกจ้างประจำมหาวิทยาลัย
ลูกจ้างชั่วคราว พนักงานอื่นๆ ชาวต่างชาติ

■ สมาชิกหลักประเภท 3

บุคลากรของมหาวิทยาลัยเกษียณอายุ
และยังคงเป็นสมาชิกต่อเนื่อง

■ สมาชิกสมทบประเภท 1

ครอบครัวของบุคลากร : บิดา, มารดา, คู่สมรส และบุตร
(บุตรอายุไม่เกิน 23 ปี)

■ สมาชิกสมทบประเภท 2

ครอบครัวของบุคลากรที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้อง
เป็นญาติตามสายโลหิต ได้แก่ ปู่ย่า , ตายาย
ลุงป้า , น้าอา , พี่น้อง , หลาน , บุตร (อายุนอกเหนือ
ตามประเภท 1) และคู่ชีวิต สมัครเข้าร่วมโครงการได้ 1 สิทธิ

มี 4 แผนความคุ้มครอง ระยะเวลาคุ้มครอง 1 ธ.ค. 2567 – 30 ก.ย.2568

สมัครเข้าโครงการฯ ตั้งแต่วันที่ 14 – 19 พ.ย.2567 (เวลา 17.00 น.)

ชำระค่าเบี้ย ตั้งแต่วันที่ 21 – 30 พ.ย.2567 (เวลา 17.00 น.)

แผนประกัน

สำหรับ

บุคลากรมหาวิทยาลัยและส่วนงานฯ เป็นผู้ชำระเบี้ยประกัน

2.1 แผนความคุ้มครองสมาชิกหลักประเภท 1

(มหาวิทยาลัย และส่วนงานฯ เป็นผู้ชำระเบี้ยประกัน)



Chula
Chulalongkorn University

SELife
จากณย์ประกันชีวิต

ผลประโยชน์ความคุ้มครอง/วงเงินเอาประกัน (คุ้มครองทั่วโลกตลอด 24 ชั่วโมง)	
1. การประกันชีวิต : จ่ายเงินทดแทนในกรณี	
- เสียชีวิต (ทั้งจากการเจ็บป่วยและประสบอุบัติเหตุ ตลอด 24 ชั่วโมงทั่วโลก)	300,000
2. การประกันอุบัติเหตุ	
2.1 เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทั่วไป (จ่ายเพิ่มจากการประกันชีวิต)	300,000
2.2 เสียชีวิตจากอุบัติเหตุสาธารณะ (จ่ายเพิ่มจากการประกันชีวิต)	600,000
ด้วยเหตุไฟไหม้ในโรงแรมหรสพ โรงแรม หรืออาคารสาธารณะอื่นใด หรือขณะใช้ลิฟท์ในอาคารสาธารณะ หรือขณะที่เป็นผู้โดยสารในรถประจำทาง ในซึ่งพนักงานหรือสมาชิก ผู้เอาประกันภัยอยู่ในสถานที่นั้นในขณะที่เพลิงไหม้	
<u>ขยายความคุ้มครอง</u> การถูกฆาตกรรม ลอบทำร้ายร่างกาย จลาจล การนัดหยุดงาน	300,000
การปฏิบัติของผู้ก่อการร้าย สงครามกลางเมือง และการขับขีหรือซ่อนถ่ายรถจักรยานยนต์	

2.1 แผนความคุ้มครองสมาชิกหลักประเภท 1

(มหาวิทยาลัย และส่วนงานฯ เป็นผู้ชำระเบี้ยประกัน)



Chula
Chulalongkorn University

SELife
จากณย์ประกันชีวิต

ผลประโยชน์ความคุ้มครอง/วงเงินเอาประกัน (คุ้มครองทั่วโลกตลอด 24 ชั่วโมง)	
3. การประกันสุขภาพ : ชดเชยค่ารักษากรณีเจ็บป่วย หรือ ประสบอุบัติเหตุ ต่อการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บต่อครั้ง	
3.1 กรณีการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน	
3.1.1 ค่าห้องและค่าอาหารต่อวัน (สูงสุด 120 วันต่อครั้ง)	3,000
3.1.2 ค่าห้องพยาบาลผู้ป่วยหนัก (ไอ.ซี.ยู) (สูงสุด 30 วันต่อครั้ง)	6,000
3.1.3 ค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ (ต่อครั้ง)	31,000
3.1.4 ค่าธรรมเนียมการผ่าตัด (จ่ายตามจริง - สูงสุดรวม)	41,000
3.1.5 ค่าปรึกษาแพทย์ทั่วไป ต่อวัน (สูงสุด 120 วันต่อครั้ง)	1,000
3.1.6 ค่าปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (ต่อครั้ง) (จ่ายแยกจากค่าใช้จ่ายทั่วไปและค่าธรรมเนียมการผ่าตัด)	3,000
3.2 กรณีการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก	
3.2.1 ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกเฉพาะกรณีประสบอุบัติเหตุฉุกเฉิน ภายใน 72 ชั่วโมง	10,000
รักษาจนกว่าจะหายหรือจนกว่าจะเต็มวงเงิน โดยไม่กำหนดวันรักษาต่อเนื่อง	
3.2.2 ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (เหมาจ่าย) วงเงิน/ปี	20,000
3.2.3 ค่ารักษาพยาบาลทางทันตกรรม	
คุ้มครองการถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน ผ่าฟันคุด รักษาโรคฟัน และค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ต่อปี	3,000

แผนประกัน

สำหรับ

บุคลากรสมาชิกหลัก (ภาคสมัครใจ) และสมาชิกสมทบ

เป็นผู้รับผิดชอบค่าเบี้ยประกันภัยเอง



2.2 บุคลากรสมาชิกหลัก (ภาคสมัครใจ) และสมาชิกสมทบ

(ผู้เอาประกันเป็นผู้ชำระเบี้ยประกัน)

ผลประโยชน์ความคุ้มครอง/วงเงินเอาประกัน (คุ้มครองทั่วโลกตลอด 24 ชั่วโมง)	แผน แนะนำ	แผน ประหยัด	แผน พรีเมียม	แผน อุบัติเหตุ
1. การประกันชีวิต : จ่ายเงินทดแทนในกรณี				
- เสียชีวิต (ทั้งจากการเจ็บป่วยและประสบอุบัติเหตุ ตลอด 24 ชั่วโมงทั่วโลก)	200,000	100,000	300,000	10,000
2. การประกันอุบัติเหตุ				
2.1 เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทั่วไป (จ่ายเพิ่มจากการประกันชีวิต)	200,000	100,000	300,000	300,000
2.2 เสียชีวิตจากอุบัติเหตุสาธารณะ (จ่ายเพิ่มจากการประกันชีวิต)	400,000	200,000	600,000	600,000
ด้วยเหตุไฟไหม้ในโรงแรมหรสพ โรงแรม หรืออาคารสาธารณะอื่นใด หรือขณะใช้ ลิฟท์ในอาคารสาธารณะ หรือขณะที่เป็นผู้โดยสารในรถประจำทาง ในซึ่งพนักงานหรือ สมาชิก ผู้เอาประกันภัยอยู่ในสถานที่นั้นในขณะที่เพลิงไหม้				
<u>ขยายความคุ้มครอง</u> การถูกฆาตกรรม ลอบทำร้ายร่างกาย จลาจล การนัดหยุดงาน	200,000	100,000	300,000	300,000
การปฏิบัติของผู้ก่อการร้าย สงครามกลางเมือง และการขบชืหรือซ่อนท้ายรถจักรยานยนต์				

2.2 บุคลากรสมาชิกหลัก (ภาคสมัครใจ) และสมาชิกสมทบ

(ผู้เอาประกันเป็นผู้ชำระเบี้ยประกัน)

ผลประโยชน์ความคุ้มครอง/วงเงินเอาประกัน (คุ้มครองทั่วโลกตลอด 24 ชั่วโมง)	แผนแนะนำ	แผน ประหยัด	แผน พรีเมียม	แผนอุบัติเหตุ
3. การประกันสุขภาพ : ชดเชยค่ารักษากรณีเจ็บป่วย หรือ ประสบอุบัติเหตุ ต่อการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บต่อครั้ง				
3.1 กรณีการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน				
3.1.1 ค่าห้องและค่าอาหารต่อวัน (สูงสุด 120 วันต่อครั้ง)	1,600	1,100	3,000	-
3.1.2 ค่าห้องพยาบาลผู้ป่วยหนัก (ไอ.ซี.ยู) (สูงสุด 30 วันต่อครั้ง)	3,200	2,200	6,000	-
3.1.3 ค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ (ต่อครั้ง)	21,000	16,000	31,000	-
3.1.4 ค่าธรรมเนียมการผ่าตัด (จ่ายตามจริง - สูงสุดรวม)	31,000	21,000	41,000	-
3.1.5 ค่าปรึกษาแพทย์ทั่วไป ต่อวัน (สูงสุด 120 วันต่อครั้ง)	700	500	1,000	-
3.1.6 ค่าปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (ต่อครั้ง) (จ่ายแยกจากค่าใช้จ่ายทั่วไปและ ค่าธรรมเนียมการผ่าตัด)	2,500	2,000	3,000	-
3.2 กรณีการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก				
3.2.1 ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกเฉพาะกรณีประสบอุบัติเหตุฉุกเฉิน ภายใน 72 ชั่วโมง	5,000	4,000	10,000	-
รักษาจนกว่าจะหายหรือจนกว่าจะเต็มวงเงิน โดยไม่กำหนดวันรักษาต่อเนื่อง				
3.2.2 ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (เหมาจ่าย) วงเงิน/ปี	15,000	10,000	20,000	-
3.2.3 ค่ารักษาพยาบาลทางทันตกรรม				
คุ้มครองการถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน ผ่าฟันคุด รักษาโรคฟัน และค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ต่อปี	2,000	1,000	3,000	-
3.3 การรักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง (ครั้งละไม่เกินผลประโยชน์ตามแผนต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง)	-	-	-	30,000

2.3 อัตราเบี้ยประกัน



เบี้ยประกันตามกลุ่มสมาชิก	จำนวนเบี้ยประกันภัย (บาท
	แผน Premium
เบี้ยประกันต่อคน สำหรับกลุ่มสมาชิกหลักที่มหาวิทยาลัย และส่วนงานจ่ายเบี้ยให้	14,000.-

เบี้ยประกันตามกลุ่มสมาชิก	จำนวนเบี้ยประกันภัย (บาท			
	แผนแนะนำ	แผนประหยัด	แผน premium	แผนอุบัติเหตุ
เบี้ยประกันต่อคน สำหรับกลุ่มสมาชิกหลัก และกลุ่มสมทบ ที่ผู้ทำประกันชำระเบี้ยประกันเอง (12 เดือน)	12,702.96	7,684.21	23,977.13	696.38
<u>พิเศษ ! บุคลากรจ่ายเบี้ยประกัน เพียง 10 เดือน</u>	10,580	6,400	19,970	580

3. ขั้นตอนการรับสมัครผ่านระบบ Line official Thai Group



3.1 กลุ่มสมาชิกหลักที่มหาวิทยาลัย และ ส่วนงานชำระเบี้ยฯ

*** ไม่ต้องสมัครผ่านระบบ Line official Thai Group (I-Aroon)**

* สำนักบริหารทรัพยากรมนุษย์ยืนยันรายชื่อ
ภายใน 25 พ.ย. 2567

3.2 กลุ่มสมาชิกหลัก (ภาคสมัครใจ) ที่ชำระเบี้ยเอง

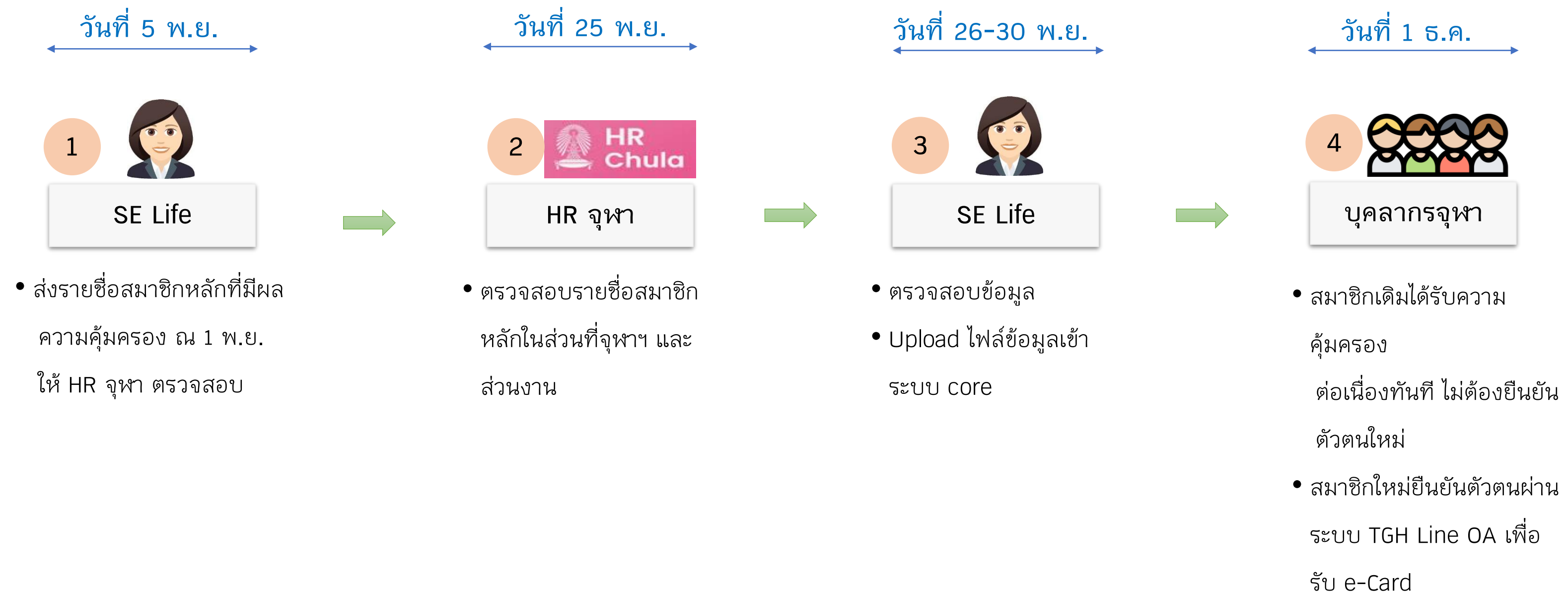
* สมัครผ่านระบบ Line official Thai Group (I-Aroon)
ระหว่างวันที่ 14 – 19 พ.ย.2567

3.3 กลุ่มสมาชิกสมทบประเภท 1 และประเภท 2

* สมัครผ่านระบบ Line official Thai Group (I-Aroon)
ระหว่างวันที่ 14 – 19 พ.ย.2567

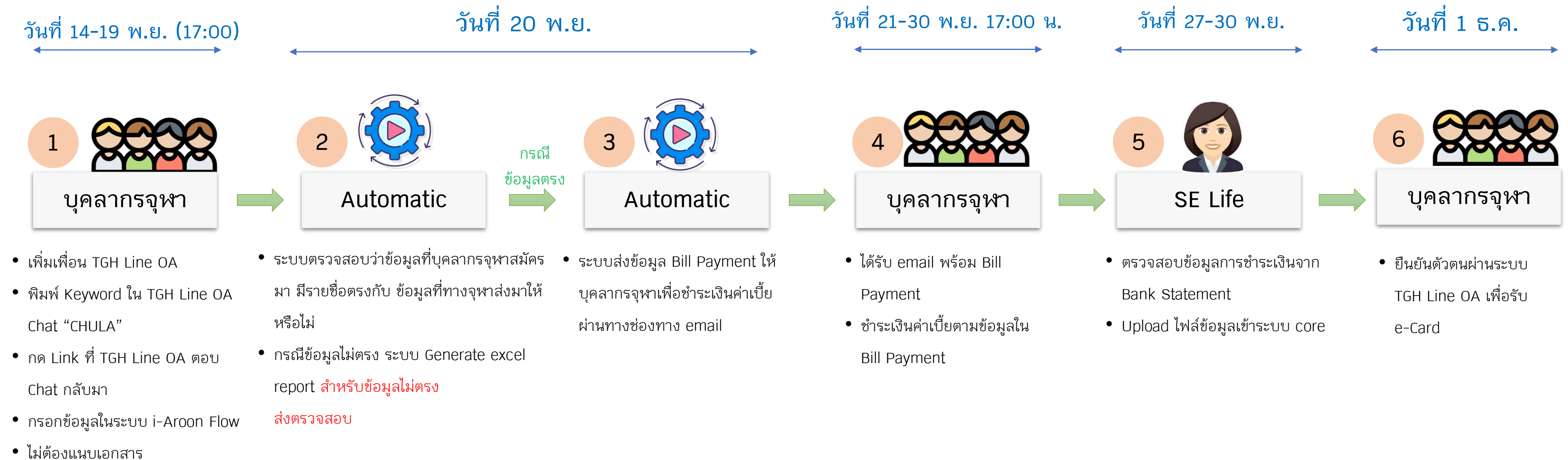
สมาชิกกลุ่ม 1 : สมาชิกหลักต่อเนื่อง, สมาชิกหลักใหม่

(มหาวิทยาลัย และส่วนงานเป็นผู้จ่ายเบี้ยประกัน)



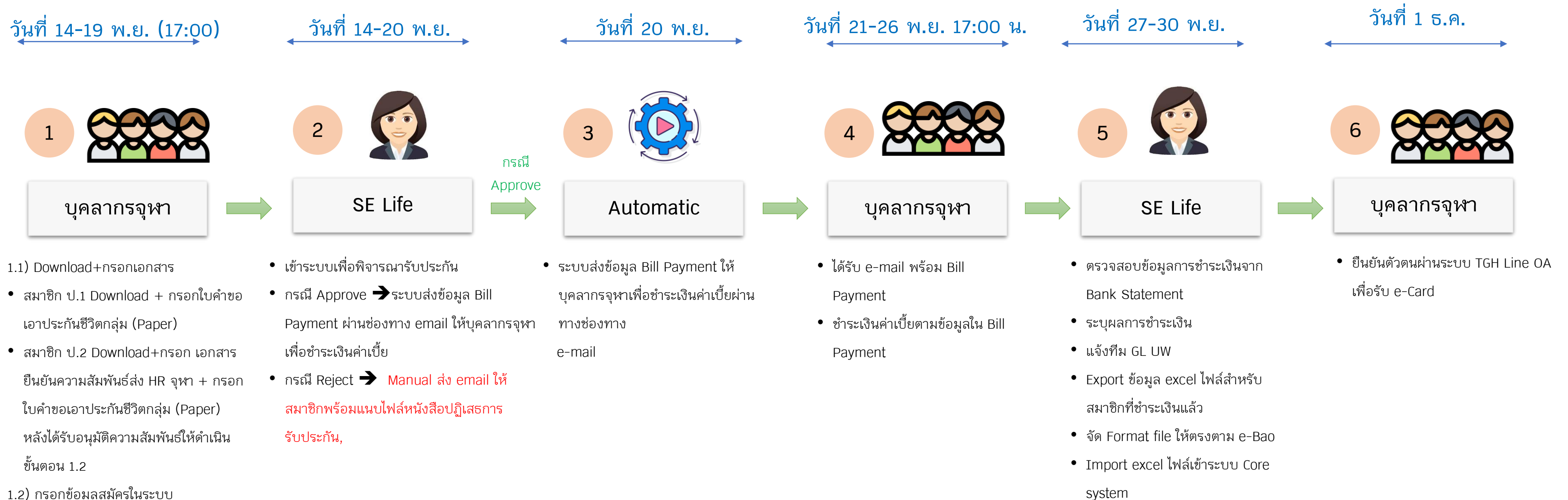
สมาชิกกลุ่ม 2 : สมาชิกหลักต่อเนื่อง, หลักใหม่

และสมทบต่อเนื่อง (สมาชิกจ่ายค่าเบี้ยเอง และไม่ต้องพิจารณารับประกัน)



สมาชิกกลุ่ม 3 : สมาชิกสมทบประเภท 1 และ ประเภท 2

(สมาชิกจ่ายค่าเบี้ยเอง และต้องพิจารณารับประกันสมาชิกใหม่)



1.2) กรอกข้อมูลสมัครในระบบ

- เพิ่มเพื่อน TGH Line OA
- พิมพ์ Keyword ใน TGH Line OA Chat “CHULA”
- กด Link ที่ TGH Line OA ตอบ Chat กลับมา
- แนบเอกสาร
 - ใบคำขอ App ยาว
 - เอกสารยืนยันความสัมพันธ์

ขั้นตอนการ เป็นเพื่อน กับ THAIGROUP



Chula
Chulalongkorn University

SeLife
จากณัฏฐ์ประกันชีวิต

1

เพิ่มเพื่อน TGH Line OA

สามารถเพิ่มเพื่อนได้ 2 วิธี ดังนี้
วิธีที่ 1

- 1) ค้นหาเพื่อนบน Line
- 2) ระบุ @THAIGROUP

< ค้นหาเพื่อน

☒ LINE ID ☐ หมายเลขโทรศัพท์

@THAIGROUP

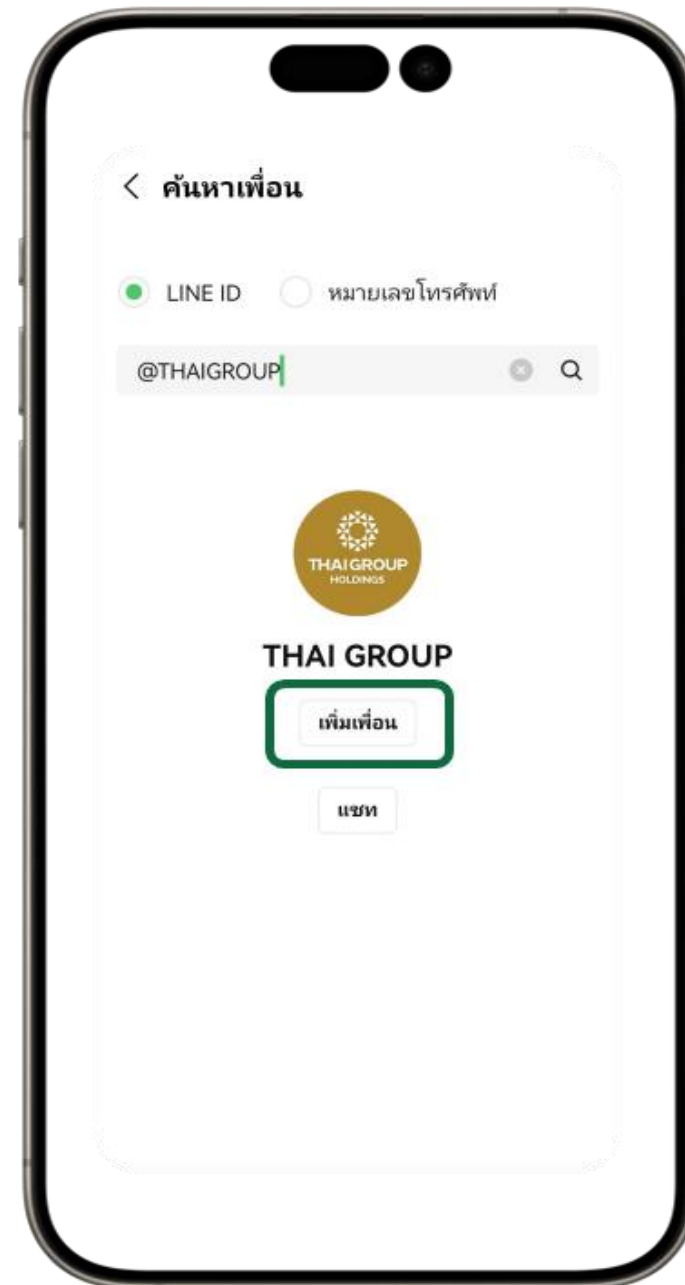
วิธีที่ 2

- 1) Scan QR code



2

ยืนยันเพิ่มเพื่อน



3

พิมพ์ "Chula" ใน TGH Line OA



4

กดลงทะเบียน



ลงทะเบียนประกันกลุ่มผ่าน Line official "Thai Group" เฉพาะกลุ่มที่ชำระเบี้ยประกันเอง ทั้งสมาชิกต่อเนื่องและสมาชิกใหม่

กลุ่มสมาชิกหลักต่อเนื่อง, สมาชิกหลักใหม่, สมาชิกสมทบต่อเนื่อง				กลุ่มสมาชิกสมทบใหม่ ประเภท 1 และ ประเภท 2	
กลุ่มสมาชิกหลักต่อเนื่อง	สมาชิกหลักใหม่	สมาชิกสมทบประเภท 1 (ต่อเนื่อง)	สมาชิกสมทบประเภท 2 (ต่อเนื่อง)	สมาชิกสมทบใหม่ (ประเภท 1 ที่เป็นครอบครัว)	สมาชิกสมทบใหม่ (ประเภท 2 ที่ไม่เป็นครอบครัว)

การขอยกเว้นภาษีเงินได้ : กรณีขอยกเว้น กรณาดาว์โหลดแบบฟอร์ม, กรอกข้อมูล และแนบกลับทางออนไลน์

ดาว์โหลดแบบฟอร์มใบคำขอเอาประกัน

แนบ ใบคำขอฯ และเอกสารแสดงความสัมพันธ์

ข้อมูลของผู้เอาประกัน :

ชื่อ-นามสกุล

วันเดือนปีเกิด

เลขบัตรประชาชน

รหัสพนักงานสมาชิกหลัก

ชื่อหน่วยงานสมาชิกหลัก

โทรศัพท์

อีเมล

***** เพิ่มข้อมูลความสัมพันธ์กับสมาชิกหลัก *****

แบบประกันและผู้รับประโยชน์ :

เลือกแผนประกัน 4 แผน

ชื่อ-นามสกุลผู้รับผลประโยชน์

สัดส่วนผู้รับผลประโยชน์

ข้อมูลธนาคารเพื่อการโอนสินไหม : ชื่อบัญชี, ชื่อธนาคาร, เลขที่บัญชี

การจัดการข้อมูลส่วนบุคคล

ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มสำหรับผู้ขอเอาประกันภัย
(แบบแถลงสุขภาพ)



5. รายละเอียดเกี่ยวกับผู้รับประโยชน์ (ถ้ามีได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ไว้ให้ชื่อท่านและผู้รับประโยชน์แล้ว ๆ ก)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์	เลขประจำตัวประชาชน รวมทั้งเส้นทางการ เอกสารที่หน่วยงานของรัฐออกให้	อายุ (ปี)	ความสัมพันธ์	ที่อยู่	ข้อมูลของ ผลประโยชน์

6. ผู้ดูแลปะกันภัยเคยถูกปฏิเสธ เนื่องการรับประทานยา หรือใช้สารอันตรายปะกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับกรอกขอเอาปะกันภัยหรือการขอลดค่าเงินผู้ดูแลเดิมหรือการขอต่ออายุของการสมัครปะกันภัยจากบริษัทหนึ่งหรือบริษัทอื่นบ้างหรือไม่? ☐ ไม่เคย ☐ เคย (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด)

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

7. ผู้ดูแลปะกันภัยเคยสูญเสียบุคคล บุหรี่ หรือยาสูบเป็นของตัวเองหรือไม่?

☐ ไม่เคย ☐ สูบเคยสูบ โปรดระบุปริมาณ..... มวนวัน สูบมานาน..... ปี

☐ เสียคน เมื่อ.....

8. ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.

ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาน้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่?

☐ ไม่เปลี่ยน ☐ เปลี่ยน เพิ่มขึ้น..... กก. ลดลง..... กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง.....

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ขอเอาปะกันภัย

9. บุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา ลูกพี่ ลูกน้องที่มีญาติและเครือญาติ) ของผู้ดูแลปะกันภัย เคยได้รับการวินิจฉัยทางแพทย์ว่าเป็นโรคเคป็น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรือการก่อกวนทางจิตใจ โรคซึมเศร้าหรือโรคจิตบำบัดก่อน โรคจิต (PTSD) โรคจิตผิดปกติสองโรค โรคจิตไบโพลาร์ หรือโรคพาร์คินสัน หรือไม?

☐ ไม่ใช่ ☐ เป็น ถ้าเป็นโปรดระบุรายละเอียดเฉพาะ ชื่อโรค ที่บุคคลในครอบครัวฆ่าตัวตายเป็นโรคเคป็น.....

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับการบริหารจัดการเงินหรือการรักษาโรคของผู้ดูแลปะกันภัย

10. ประสิทธิภาพในช่วงเวลาที่ผ่านมา

ภายในระยะเวลา 6 ปีที่ผ่านมา ผู้ดูแลปะกันภัยเคยพบแพทย์ หรือถึงกับขอเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเคยได้รับการตรวจสุขภาพ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค (เช่น ความดันโลหิต การตรวจเลือด การตรวจเอ็กซเรย์ การตรวจเอ็มอาร์ไอ (MRI) การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจโดยการส่องกล้อง การตรวจแมมโมแกรม การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจด้วยเครื่องเอนโดสโคปี การตรวจแบบอื่น ๆ) หรือรับการผ่าตัด หรือการฉีดยาเคมีบำบัดอย่างน้อยห้าครั้งหรือแปดครั้งเพื่อการรักษาโรคใด ๆ หรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

โรค	วันที่พบแพทย์ ที่รับการรักษา	ผลการตรวจรักษา	สถานพยาบาลที่ส่งตรวจรักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

[illegible]

(3) ข้าพเจ้ารับรองและรับรองกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของเว็บไซต์นี้แล้ว ตามที่ปรากฏในลิงก์ที่ <https://www.southeastlife.co.th/privacy/le> ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เป็ดเผย และหรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันภัยและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เป็ดเผย และหรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th

(4) ข้าพเจ้ารับรองและรับรองกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เป็ดเผย และหรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารแนบนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเช่าประกันภัย

(ลงชื่อ)..... (ลงชื่อ).....
 (.....) (.....)
 ผู้เช่าประกันภัย ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ
 ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้ใช้อำนาจปกครอง
 ของผู้เช่าประกันภัย
 (กรณีผู้เช่าประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ส่วนที่ 6 คำเตือน

ก่อนลงนามหรือใช้ให้ผู้อื่นเช่าประกันภัยคุณควรตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
 ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารแนบนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงาน คปภ.
 แล้ว จึงลงนามหรือใช้ให้ผู้อื่นเช่าประกันภัย

เขียนที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
 (ลงชื่อ)..... (ลงชื่อ).....
 (.....) (.....)
 พยานด้วยตนเองกับชีวิตคนหน้าประกันชีวิต ผู้เช่าประกันภัย
 รหัสพนักงาน (เจ้าหน้าที่ลูกค้าสัมพันธ์).....

(ลงชื่อ)..... (ลงชื่อ).....
 (.....) (.....)
 พยาน ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ
 ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้ใช้อำนาจปกครอง
 ของผู้เช่าประกันภัย
 (กรณีผู้เช่าประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

หนังสือรับรอง 1 สิทธิสมทบเข้าร่วมโครงการ



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน โทร.....
ที่..... วันที่.....2567

เรื่อง ขอแจ้งข้อสมัครในโครงการประกันชีวิต - อุบัติเหตุ - สุขภาพแบบกลุ่ม

เรียน ผู้อำนวยการสำนักบริหารทรัพยากรมนุษย์

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ตำแหน่ง.....
สังกัด (ส่วนงาน/หน่วยงาน).....
เป็นสมาชิกหลักในโครงการประกันชีวิต - อุบัติเหตุ - สุขภาพ แบบกลุ่ม ความคุ้มครองระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2567 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2568 มีความประสงค์ขอสมัครให้บุคคลอื่นเข้าร่วมโครงการฯ เป็นสมาชิกสมทบ (สมัครใหม่) โดยสมัครให้ชื่อ - นามสกุล.....มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องเป็น

☐ ญาติตามสายโลหิต (ไปตรงระบุ เช่น ปู่ย่า ตายาย ลุงป้า น้าอา พี่น้อง หลาน).....

☐ บุตรที่อายุเกิน 23 ปี ☐ คู่ชีวิต (คู่ชีวิตที่เป็นเพศเดียวกัน)

โดยสมัครให้ใน โครงการประกันชีวิต - อุบัติเหตุ - สุขภาพ แบบกลุ่ม แก่บุคลากรและครอบครัว ความคุ้มครองเริ่ม ตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2567 จนถึงวันที่ 30 กันยายน 2568 ในแผนประกัน (สามารถสมัครให้กับสมาชิกสมทบในแผนประกันที่เท่ากันหรือน้อยกว่าสมาชิกหลัก)

☐ แผน แชนนำ 10,580 บาท ☐ แผน ประหยัด 6,400 บาท ☐ แผน Premium 19,970 บาท

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าวข้างต้นมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าจริง และยินยอมให้แจ้งชื่อเป็นสมาชิกสมทบผู้ได้รับความคุ้มครองในโครงการประกันฯ และได้แนบหลักฐานดังนี้

สำเนาบัตรประชาชน
☐ สมาชิกหลัก ☐ สมาชิกสมทบ ☐ บุคคลที่เกี่ยวข้องเพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ (ไปตรงระบุ).....

สำเนาทะเบียนบ้าน
☐ สมาชิกหลัก ☐ สมาชิกสมทบ ☐ บุคคลที่เกี่ยวข้องเพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ (ไปตรงระบุ).....

และรูปถ่ายแสดงความสัมพันธ์เชิงประจักษ์ จำนวน 2 รูป (รูปถ่ายคู่และครอบครัว) กรณีคู่ชีวิต (คู่ชีวิตที่เป็นเพศเดียวกัน) ในการประกอบการสมัครโครงการประกันชีวิต - อุบัติเหตุ - สุขภาพ แบบกลุ่มแก่บุคลากรและครอบครัว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ผลการพิจารณา
☐ พิจารณาอนุมัติ
☐ พิจารณาไม่อนุมัติ
เนื่องจาก.....

(นางสาวนุชรา ปานกรด)
ผู้อำนวยการสำนักบริหารทรัพยากรมนุษย์
วันที่.....

ลงชื่อ.....สมาชิกหลัก
(.....)

หนังสือให้ความยินยอม

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2567

ข้าพเจ้า.....
มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องเป็น ☐ ญาติตามสายโลหิต ☐ บุตรที่มีอายุเกิน 23 ปี ☐ คู่ชีวิต

ยินยอมให้ (นาย/นาง/นางสาว).....ซึ่งเป็นสมาชิกหลักในโครงการประกันชีวิต - อุบัติเหตุ - สุขภาพ แบบกลุ่ม แจ้งชื่อของข้าพเจ้าเป็นสมาชิกสมทบผู้ได้รับความคุ้มครองในโครงการประกันฯ ดังนี้

โดยสมัครให้ใน โครงการประกันชีวิต - อุบัติเหตุ - สุขภาพ แบบกลุ่ม แก่บุคลากรและครอบครัว ความคุ้มครองเริ่ม ตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2567 จนถึงวันที่ 30 กันยายน 2568 ในแผนประกัน (สามารถสมัครให้กับสมาชิกสมทบในแผนประกันที่เท่ากันหรือน้อยกว่าสมาชิกหลัก)

☐ แผน แชนนำ 10,580 บาท ☐ แผน ประหยัด 6,400 บาท ☐ แผน Premium 19,970 บาท

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หนังสือแจ้งการใช้สิทธิยกเว้นเงินได้ตามกฎหมาย

ยกเว้นตนเอง (กรณีชำระเบี้ยประกันภัยเอง)

ยกเว้น บิดามารดา (กรณีชำระเบี้ยประกันให้)



หนังสือแจ้งการใช้สิทธิยกเว้นเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

ทำที่ _____
วันที่ _____

ข้าพเจ้าชื่อ (Print) ☐ นาย (Mr.) ☐ นภ (Mrs.) ☐ นางสาว (Miss)
ข้าพเจ้า ชื่อ - นามสกุลผู้เอาประกันภัย (Name - Surname)
(สำหรับบุคคลสัญชาติไทย) บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ (National ID No.)
(สำหรับบุคคลต่างด้าว For Foreigner) หนังสือเดินทางเลขที่ (Passport No.)
เลขที่กรมธรรม์ (Policy Number)
อีเมล (Email)

ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

☐ บิดามารดาและผู้เอาประกันภัยมีสัญชาติไทยและเปิดบัญชีเงินฝากกับธนาคารพาณิชย์ไทย
ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้เอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident)
ซึ่งเป็นคู่สมรสกับคู่สมรสที่มีสัญชาติไทยได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวคู่สมรสที่ได้รับจากกรมสรรพากร
เลขที่

☐ ไม่มีบิดามารดาและผู้เอาประกันภัย

ทั้งนี้ เพื่อการดำเนินการของบริษัท อาณัติประกันภัย จำกัด (มหาชน) ข้าพเจ้าขอเปิดบัญชีเงินฝากกับธนาคารพาณิชย์ไทย
จำนวนของข้าพเจ้า สำหรับกรมธรรม์ประกันภัยที่ข้าพเจ้าขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร
ข้าพเจ้าได้ทำไว้กับบริษัท ๗ ปีแล้ว หรือที่เลขบัญชีเงินฝาก ข้าพเจ้าขอแสดงรายการบัญชีเปิดบัญชีเงินฝาก
เพื่อวัตถุประสงค์ตามที่ได้รับไว้กับข้าพเจ้าแล้ว

ขอส่งเอกสารแนบมาที่ groupoperation@selife.co.th

บริษัท อาณัติประกันภัย จำกัด (มหาชน) 315 อาคารเอทีบี ชั้น 8-12 ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500
T: 0 2631 1331 F: 0 2236 7614 www.southeastlife.co.th
การโฆษณา / การแจ้งข้อมูลตามกฎหมาย Registration No. / Tax ID No. 0107555000384



หนังสือแจ้งการใช้สิทธิยกเว้นเงินได้ตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากรเกี่ยวกับภาษีเงินได้ (ฉบับที่ 162)
เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการ เพื่อกำหนดเงินภาษีเงินได้สำหรับเงินได้เท่าที่ผู้มีเงินได้จ่ายเป็นเบี้ยประกันภัย
สำหรับค่าประกันสุขภาพบิดามารดาของผู้มีเงินได้จวบจนบิดามารดาของผู้มีเงินได้ถึงแก่ความตายของผู้มีเงินได้

วันที่

ส่วนที่ 1. ข้อมูลผู้เอาประกันภัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว บัตรประชาชนเลขที่
ผู้เอาประกันภัยกรมธรรม์เลขที่ (ระบุเลขกรมธรรม์ที่ไว้สิทธิ)
บิดามารดาและผู้เอาประกันภัยมีสัญชาติไทย อาศัยอยู่ประเทศไทย จำกัด (มหาชน) ส่งและเปิดบัญชีเงินฝากกับธนาคารพาณิชย์ไทย
ที่เกี่ยวเนื่องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ที่กรมสรรพากร เพื่อกำหนดการใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้เอาประกันภัย
ประกันภัยตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากรที่กล่าวถึงข้างต้น

(.....)
ผู้เอาประกันภัย

ส่วนที่ 2. ข้อมูลผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว บัตรประชาชนเลขที่
บิดามารดาและผู้เอาประกันภัยมีสัญชาติไทย อาศัยอยู่ประเทศไทย จำกัด (มหาชน) ส่งและเปิดบัญชีเงินฝากกับธนาคารพาณิชย์ไทย
จำนวนของข้าพเจ้าที่เกี่ยวเนื่องกับการชำระเบี้ยประกันภัย รวมถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ที่
กรมสรรพากร เพื่อกำหนดการใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากรที่กล่าวถึงข้างต้น
ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

1. ข้าพเจ้าเป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามกรมธรรม์ดังกล่าวข้างต้น
2. ผู้เอาประกันภัยตามส่วนที่ 1. มีฐานะเป็นบิดาหรือมารดาของข้าพเจ้า หรือเป็น บิดาหรือมารดาของผู้สมรสของ
ข้าพเจ้า
3. ผู้เอาประกันภัยตามส่วนที่ 1. เป็นบุคคลที่มีรายได้ไม่เกิน 30,000 บาท ต่อปี

(.....)
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

หมายเหตุ

1. ช่องทางการส่งเอกสาร
- 1.1 E-mail : groupoperation@TGH.co.th
- 1.2 ไปรษณีย์ จ่าหน้าถึง ฝ่ายประกันกลุ่ม บริษัท อาณัติประกันภัย จำกัด (มหาชน) เลขที่ 315 ถนนสีลม
แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

บริษัท อาณัติประกันภัย จำกัด (มหาชน) 315 อาคารเอทีบี ชั้น 8-12 ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500
T: 0 2631 1331 F: 0 2236 7614 www.southeastlife.co.th
การโฆษณา / การแจ้งข้อมูลตามกฎหมาย Registration No. / Tax ID No. 0107555000384

ขั้นตอนการขอ “หนังสือรับรองการชำระเบี้ย”

- 1) Tick ✓ ในระบบการลงทะเบียน เพื่อแจ้งความประสงค์หรือไม่ประสงค์
- 2) สมาชิกหลัก Download เพื่อกรอก เอกสาร* และ Scan หรือ นำส่งภาพถ่าย (ชัดเจน) ในขั้นตอนการลงทะเบียน
- 3) บริษัท จะจัดส่ง “หนังสือรับรองการชำระเบี้ย ” ให้แก่สมาชิกตาม E-Mail ที่ระบุในขั้นตอนการลงทะเบียน

- * ☐ หนังสือแจ้งการใช้สิทธิขอยกเว้นเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร
- ☐ แบบฟอร์มหนังสือแจ้งการใช้สิทธิขอยกเว้นเงินได้สำหรับการประกันสุขภาพบิดามารดา



4. บริการต่างๆ ผ่าน Line OA

4.1 บริการต่างๆ ผ่านระบบ Line OA บนมือถือ

4.2 การเรียกร้องสินไหมฯ

4.3 บริการ Telemedicine



4.1 การบริการต่างๆ ผ่านระบบ Line OA บนมือถือ

- แสดงบัตรประกันกลุ่ม (E-Card)
- ตรวจสอบข้อมูลกรมธรรม์
- ตรวจสอบผลประโยชน์ที่ได้รับและผลประโยชน์คงเหลือ
- บริการคู่มือสวัสดิการประกันกลุ่ม
- ค้นหารายชื่อโรงพยาบาลคู่สัญญา
- E-Claim
- สิทธิพิเศษ S Plus



เช็คข้อมูลกรมธรรม์ได้ง่าย
หาหมอใช้ **eCard** ได้
ไม่ต้องพกบัตร
ผ่าน **LINE THAI GROUP**

seLife
จากณัฏฐ์ประกันชีวิต

สแกน
หรือพิมพ์
@THAIGROUP

ดูข้อมูลประกันกลุ่ม

คลิกเมนู
“SE Life จากณัฏฐ์ประกันชีวิต”

คลิกเมนู
“กรมธรรม์ของฉัน”

เลือก
“กรมธรรม์ประกันกลุ่ม”

ยืนยันตัวตน E-KYC

เข้าสู่ข้อมูลกรมธรรม์ และใช้บริการ eCard ผ่าน LINE ได้ทันที

“อย่าลืม!! เก็บเอกสารใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลตัวจริง เพื่อเป็นข้อมูลยืนยันในกรณีที่บริษัทฯ ขอตรวจสอบเอกสารในการแจ้งเคลม”
หมายเหตุ : ลูกค้า SE Life จากณัฏฐ์ประกันชีวิต ใช้บริการผ่าน LINE THAI GROUP ครั้งแรก ต้องทำการยืนยันตัวตน E-KYC โดยทำครั้งเดียวจบ และสามารถเข้าใช้งานทุกบริการได้ทันที

seLife จากณัฏฐ์ประกันชีวิต สุขได้กับทุกการเปลี่ยนแปลง

☎ 0 2255 5656

4.2 การเรียกร้องสินไหม

การเรียกร้องสินไหมกรณีไม่ต้องสำรองจ่าย

พนักงาน แสดงบัตรประชาชน หรือ แสดง E-Card บน LINE OA
แก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล โดยไม่ต้องสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาล



การเรียกร้องสิทธิใหม่กรณีสำรองจ่าย



Chula
Chulalongkorn University

seLife
จากณียประกันชีวิต

ผ่าน
LINE
OA

ขั้นตอนแจ้งเคลมประกันกลุ่ม



*ผ่านเบอร์โทรศัพท์ที่ลงทะเบียนไว้ในระบบภายใน 15 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับเอกสารถูกต้องครบถ้วน แต่ละประเภทของการเคลมประกันสุขภาพ สามารถเคลมผ่านช่องทางออนไลน์ ได้ 5 ครั้ง/ปี และไม่เกิน 5,000 บาท/ครั้ง

หมายเหตุ : ลูกค้าอาคเนย์ประกันชีวิตใช้บริการ ผ่าน LINE THAI GROUP ครั้งแรก ต้องทำการยืนยันตัวตน E-KYC โดยทำครั้งเดียวจบ และสามารถเข้าใช้งานทุกบริการได้ทันที

ผ่าน HR



นำส่งเอกสารการเคลมที่ HR และ HR จะดำเนินการรวบรวมนำส่ง บมจ.อาคเนย์ประกันชีวิต เพื่อดำเนินการต่อไป

ข้อมูลการให้บริการ



- สถานพยาบาลคู่สัญญาในเครือข่าย 533 แห่ง ครอบคลุมทั่วประเทศ
- ศูนย์ดูแลลูกค้า โทร 02 255 5656 แจ้งว่า “ประกันกลุ่มจุฬาฯ”
จันทร์ถึงศุกร์ เวลา 8.30 -17.00 น.
- Hot Line สอบถามข้อมูลและบริการสินไหมทดแทน
โทร 081-991-8370, 081-911-1743
(ให้บริการ 8.30 น. -20.00 น. ทุกวัน)
- แฟกซ์เคลม ให้บริการ 8:30 น. - 17:00 น. (เวลาทำการ)
8:30 น. - 18:00 น. (วันหยุด)

อนุมัติจ่ายเคลม ภายใน 7-15 วันทำการ

ระยะเวลาการจ่ายสินไหม

97% อนุมัติจ่ายสินไหมภายใน 7 วันทำการ

* กรณีเอกสารครบถ้วน ไม่มีการร้องขอข้อมูลเพิ่มเติม

2% อนุมัติจ่ายสินไหมภายใน 8-15 วันทำการ

* กรณีเอกสารไม่ครบถ้วน และขอข้อมูลและเอกสารเพิ่มเติม

1% อนุมัติจ่ายสินไหมภายใน 15 วันทำการ

* กรณีเอกสารไม่ครบถ้วน และมีการร้องขอข้อมูลเพิ่มเติมประวัติการรักษาจากโรงพยาบาล

บริการ Telemedicine



health at work **seLife**
จากณัฏฐ์ประกันชีวิต

**พาหมอมาหาถึงหน้าจอมือถือ
กับบริการ Telemedicine**

บริการใหม่ล่าสุด

หมอพร้อมดูแลค่ะ

ไม่ต้องโหลดแอป

ปรึกษาได้ทันที
ไม่ต้องนัดหมอ

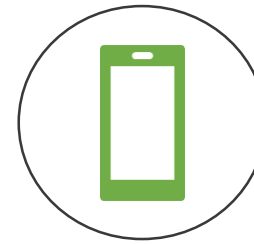
ไม่จำกัดเวลา
ในการคุย

4 ขั้นตอน เริ่มใช้งาน Health at Work

- 1 แอด LINE @healthatwork (มี @)
- 2 ลงทะเบียนสมาชิก กดปุ่มตรงข้อความไลน์แชท
- 3 กรอกข้อมูล ยืนยันตัวตนเพื่อเข้าใช้งาน
- 4 เย้! สัมผัสสำเร็จ รับผลประเมินสุขภาพ

seLife สุขได้กับทุกการเปลี่ยนแปลง
จากณัฏฐ์ประกันชีวิต

☎ 0 2255 5656



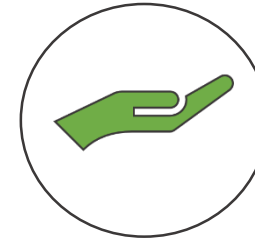
ไม่ต้องโหลดแอป
ใช้งานผ่าน Line
Application



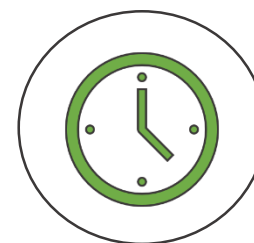
บริการครอบคลุมทั่วประเทศ
เป็นพันธมิตรกับร้านยา Pure
Pharmacy, Fascino, Bangkok
Drugstore



ปรึกษาได้ทันที



บริการ 7 วัน
7:00 – 23:00 น.



ไม่จำกัดเวลาคุย



ความพึงพอใจผู้ใช้งานที่ 98%

Contact Person ผลิตภัณฑ์ประกันชีวิตกลุ่ม



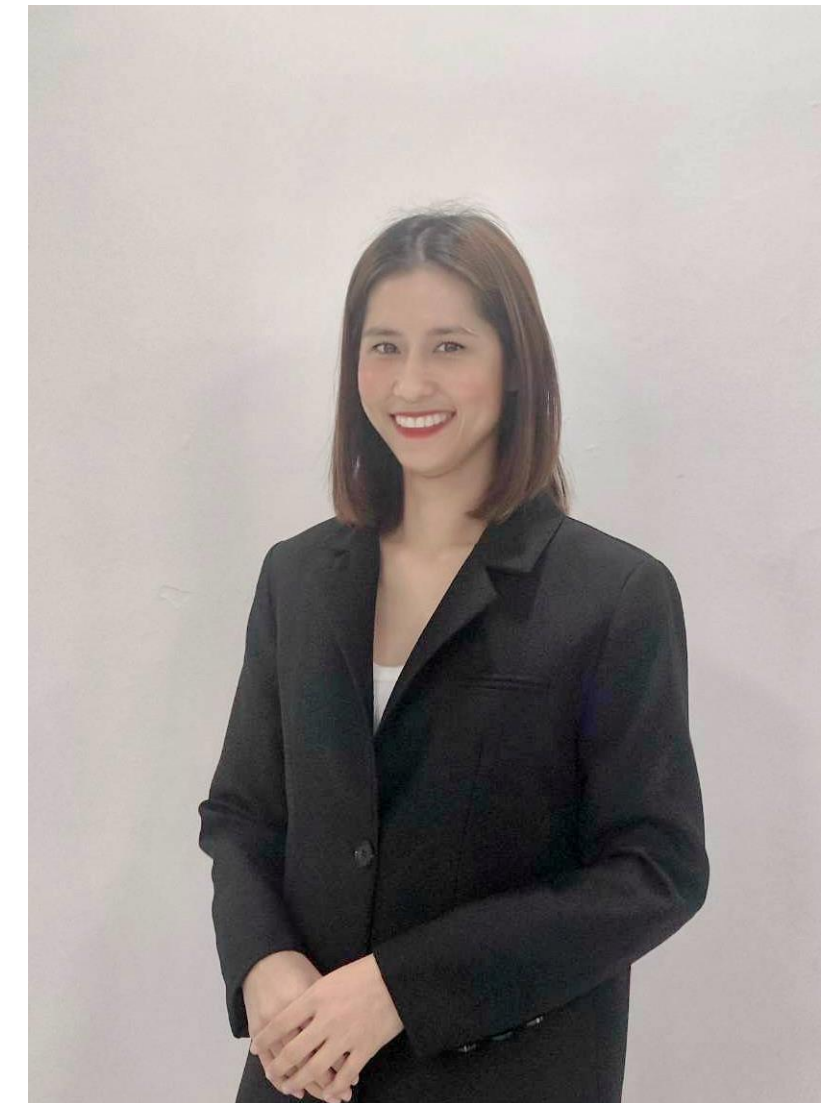
คุณกัญญาพัชร พุกกัน(เหมียว)
ผู้จัดการ
098-257-4754



คุณณรรณภัค นพบุญ(น้ำ)
ผู้ช่วยผู้จัดการ
095-945-5614



คุณกมลลา ลลิตพงษ์(บัว)
ผู้ช่วยผู้จัดการ
081-958-9947



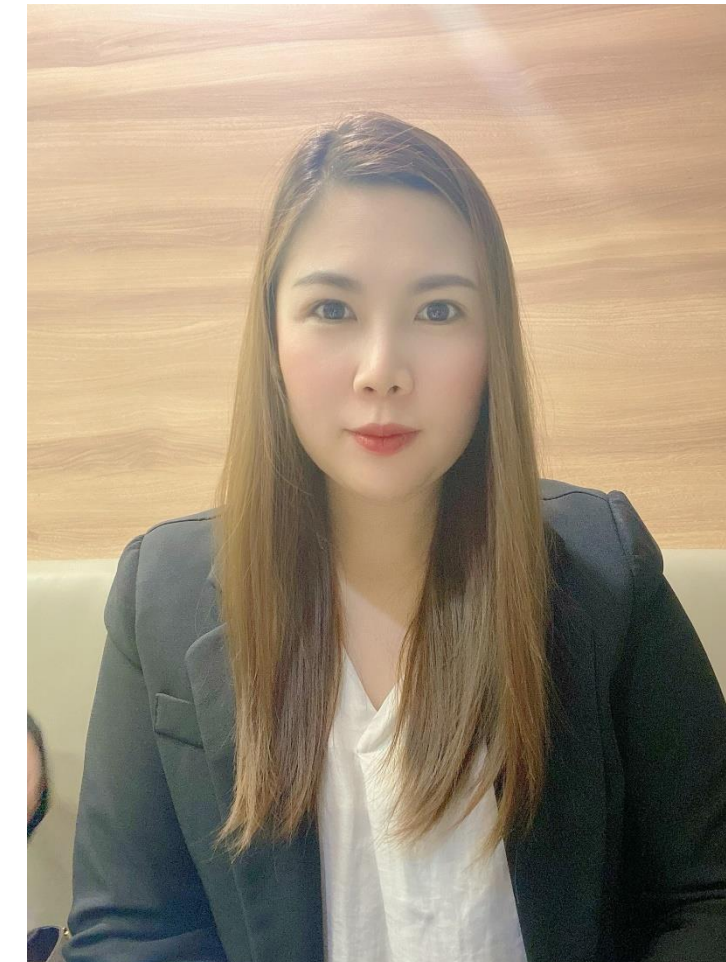
คุณรัตติกาล ใจแก้ว(ไอซ์)
ผู้ช่วยผู้จัดการ
098-257-4757

Contact Person : Privilege Program

(ผลิตภัณฑ์รายสามัญ ภาคสมัครใจ)



คุณชัชภัสร์ ชั่งอมรเกียรติ(นล)
ผู้จัดการ
098-257-4756



คุณธันว์รินทร์ รัตนากฤษ(ยุย)
ผู้ช่วยผู้จัดการ
098-257-4751

สุขได้กับการเปลี่ยนแปลง

