

การประชุมชี้แจง (รอบที่ 3)

โครงการประกันชีวิต – อุบัติเหตุ – สุขภาพ แบบกลุ่มแก่บุคลากรและครอบครัว

วันพุธที่ 13 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 ผู้อำนวยการฝ่ายสิทธิประโยชน์และการดูแลทรัพยากรมนุษย์

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

Agenda

1

แผนและรูปแบบโครงการประกันสุขภาพแบบกลุ่ม ๆ 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 และเป็นการดูแลบุคลากรที่เกษียณอายุในปีงบประมาณนั้น ๆ ไม่ต้องรับภาระค่าเบี้ยประกันส่วนต่าง หลังสิ้นปีงบประมาณ (เมื่อตรงปีงบประมาณ ปีหน้า 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 พนักงานมหาวิทยาลัยหมวดเงินเดือนทุน, พนักงานมหาวิทยาลัยหมวดเงินรายได้, พนม.ที่เปลี่ยนสถานภาพมาจากข้าราชการ และพนักงาน รปภ.

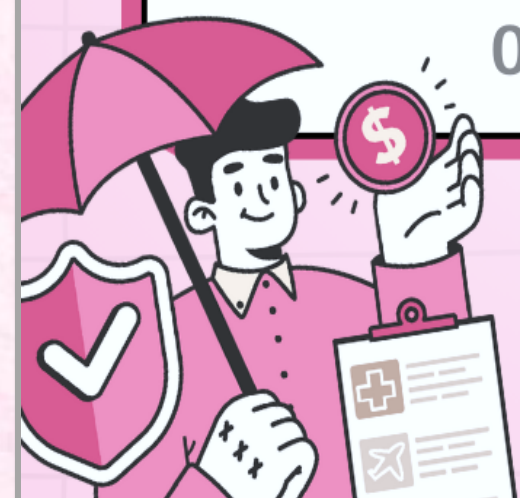
ผลประโยชน์ความคุ้มครอง / วงเงินเอาประกัน (คุ้มครองทั่วโลกตลอด 24 ชั่วโมง)	ผลประโยชน์ แผน Premium
1. การประกันชีวิต: จ่ายเงินทดแทนในกรณี - เสียชีวิต (ทั้งจากการเจ็บป่วยและประสบอุบัติเหตุ ตลอด 24 ชั่วโมงทั่วโลก)	300,000
2. การประกันอุบัติเหตุ: จ่ายทดแทนอีกจำนวนในกรณี (อบ.2) 2.1 อุบัติเหตุทั่วไป เพิ่มความคุ้มครอง การถูกฆาตกรรม ลอบทำร้าย จลาจล การนัดหยุดงาน การปฏิวัติของ ผู้ก่อการร้าย สงครามกลางเมือง และการขับชื้อหรือซื้อหุ้นหรือซื้อขายหลักทรัพย์	300,000
2.2 อุบัติเหตุสาธารณะ ด้วยเหตุไฟไหม้ในโรงแรมหรืออาคารสาธารณะอื่นใด หรือขณะใช้ลิฟท์ในอาคารสาธารณะ หรือขณะ ที่เป็นผู้โดยสารรถประจำทาง ในซึ่งพนักงานหรือสมาชิกผู้เอาประกันอยู่ในสถานที่นั้นขณะเพลิงไหม้	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) (อุดฟัน ถอนฟัน การรักษารากฟัน และผ่าฟันคุด รวมถึงค่ารักษารวมค่าตรวจทาง ห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยโรค)	3,000

หมายเหตุ: ผลประโยชน์ความคุ้มครองวงเงินเอาประกันเต็ม 12 เดือน

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

พนักงานมหาวิทยาลัยหมวดเงินเดือนทุน

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
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 ฆาตกร การนัดฆาตกรรม การปฏิบัติของผู้ก่อการร้าย สงครามกลางเมือง และการขับขีหรือข้อห้ามจากยานยนต์	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) - ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกเฉพาะกรณีประสบอุบัติเหตุฉุกเฉิน ภายใน 72 ชั่วโมง รักษาจนกว่าจะหายหรือจนกว่าจะเต็มวงเงิน โดยไม่กำหนดวันรักษาต่อเนื่อง - ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (เหมาจ่าย) วงเงิน/ปี	5,000 15,000	4,000 10,000	10,000 20,000	-
4. ค่ารักษาทางทันตกรรม (ต่อปี) (อุดฟัน ปั่น ถอนฟัน การรักษารากฟัน และผ่าฟันคุด รวมถึงค่าการตรวจคัดกรองทางทันตกรรมเพื่อป้องกันโรค)	2,000	1,000	3,000	-
ค่าเบี้ยประกัน	10,580	6,400	19,970	580

หมายเหตุ: สมาชิกสมทบสามารถเลือกซื้อแผนความคุ้มครองที่ค่าเบี้ยเท่ากันหรือน้อยกว่าสมาชิกหลัก

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

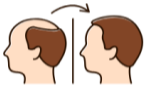
เฉพาะ *สมาชิกหลัก*

- ★ พนม. หมดเงินอุดหนุน
- ★ พนม. หมดเงินรายได้
- ★ พนม. เปลี่ยนสถานภาพ
- ★ พนม. รักษาความปลอดภัย



สวัสดิการยืดหยุ่น (Flexible benefit)

ระหว่างเวลาตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2567 - 30 กันยายน 2568

รายการ	รายละเอียด
 อุปกรณ์ที่ใช้ในการป้องกันและบำบัดรักษา	- เครื่องวัดความดันโลหิต พร้อมทั้งอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับเครื่องวัดความดันโลหิต - เครื่องวัดน้ำตาลในเลือดและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องสำหรับตรวจน้ำตาลในเลือด - ค่าใช้จ่ายเพื่อแก้ไขปัญหาความผิดปกติทางสายตา แว่นสายตา คอนแทกเลนส์สายตา พร้อมอุปกรณ์ ที่ต้องใช้ประกอบการใส่คอนแทกเลนส์ การทำ LASIK เป็นต้น - อุปกรณ์สำหรับช่วยพยุงในการเดิน เช่น ไม้เท้า/ไม้ค้ำยันรักแร้แบบไม้/แบบอลูมิเนียม - อุปกรณ์ช่วยพยุงกล้ามเนื้อ เช่น ข้อมือ, ข้อเท้า, ข้อศอก, เข่า, แขน, หลัง - อุปกรณ์เกี่ยวกับประคบร้อน/เย็น เช่นเจลประคบร้อน/เย็น แผ่นให้ความร้อนด้วยไฟฟ้า - คาร์ดเซ็นเซอร์ - เครื่องฟอกอากาศ - ปรอทวัดอุณหภูมิ/เทอร์โมมิเตอร์วัดไข้ - รองเท้าออกกำลังกาย 
ค่าเบี้ยประกันสุขภาพสำหรับบุคคลในครอบครัว	- เฉพาะแผนประกันของบริษัทประกันที่มหาวิทยาลัยเป็นผู้สัญญา - ครอบครัวสายตรง ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร 
ค่าเบี้ยประกันอุบัติเหตุสำหรับบุคคลในครอบครัว	- เฉพาะแผนประกันของบริษัทประกันที่มหาวิทยาลัยเป็นผู้สัญญา - 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	รายการตรวจสุขภาพประจำปีเพิ่มเติมแล้วต้องชำระเงินเองในการตรวจสุขภาพประจำปีของมหาวิทยาลัย
ค่าฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรค	ค่าฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรค เช่น วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่, วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก, วัคซีนป้องกันงูสวัด
 การปรึกษาเชิงจิตวิทยา	การปรึกษาปัญหาด้านสุขภาพจิต เจริญจิตวิทยา กับนักจิตวิทยา หรือจิตแพทย์ จากคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หรือ โรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลเอกชน คลินิกจิตเวช
 การดูแลสุขภาพร่างกาย / ความงาม	- การรักษามะเร็ง / การปลูกผม - การนวดแผนไทย 

หลักฐานประกอบการเบิกจ่าย : ใบเสร็จรับเงินที่มีเลขประจำตัวผู้เสียภาษี โดยระบุผู้จ่ายเงินเป็นชื่อบุคลากร **ยกเว้น** ค่าเบี้ยประกันให้ระบุผู้จ่ายเงินเป็นชื่อครอบครัวสายตรงบุคลากร

รายการสวัสดิการยืดหยุ่น (Flexible Benefit)

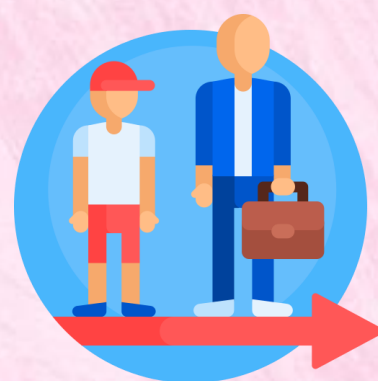
รายการ	รายละเอียด
1. อุปกรณ์ที่ใช้ในการป้องกันและบำบัดรักษา	• เครื่องวัดความดันโลหิต พร้อมทั้งอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องใช้กับเครื่องวัดความดันโลหิต • เครื่องวัดน้ำตาลในเลือดและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องสำหรับตรวจน้ำตาลในเลือด • ค่าใช้จ่ายเพื่อแก้ไขปัญหาความผิดปกติทางสายตา ค่าแว่นสายตา ค่าคอนแทคเลนส์สายตา พร้อมอุปกรณ์ 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)

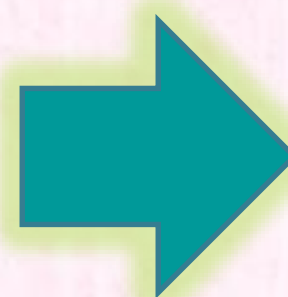
รายการ	รายละเอียด
4. ค่ากายภาพบำบัด	• กายภาพบำบัดสำหรับผู้ที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อหรือข้อต่อต่าง ๆ ของร่างกาย • กายภาพบำบัดเพื่อรักษาออฟฟิศซินโดรม
5. ค่ารักษาทางทันตกรรม	• การตรวจฟัน เอ็กซเรย์ฟันและตรวจทางห้องทดลองปฏิบัติการ อุดฟัน, ถอนฟัน, ผ่า/ถอนฟันคุด, รักษารากฟัน, ครอบฟัน, ขูดหินปูน, ทำฟันปลอม, รักษาโรคเหงือกอักเสบ
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	• การรักษาผมร่วง/การปลูกผม • การนวดแผนไทย

NEW

ประชาสัมพันธ์เพิ่มเติม



การให้บริการออกบูธและอำนวยความสะดวก
สะดวกแก่สมาชิกเป็นเวลา **4 วัน**
ตามเวลาและสถานที่



โครงการประกันสุขภาพฯ แบบกลุ่ม



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

บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
จะมาออกบูธให้บริการและอำนวยความสะดวก
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

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม

- บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) โทร. 02-255-5656 แจ้งว่า ประกันกลุ่ม จุฬาฯ
- ฝ่ายสิทธิประโยชน์และการดูแลทรัพยากรมนุษย์ สำนักบริหารทรัพยากรมนุษย์ :
คุณอารยา จันทร์ทอง โทร. 02-218-0349, คุณพินาย ชาวบางงาม โทร. 02-218-0181
คุณรุ่งรัตน์ วราภิรมย์ โทร. 02-218-0346



** เอกสารฉบับนี้ใช้เพื่อสื่อสารภายในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเท่านั้น **

seLife

อาคาเนย์ประกันชีวิต

“สุขได้กับทุกการเปลี่ยนแปลง”

ชี้แจงผลประโยชน์สวัสดิการประกันกลุ่ม
บุคลากรและสมาชิกสมทบจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประจำปี 2568

วันที่นำเสนอ: 12 พฤศจิกายน 2567

หัวข้อการนำเสนอ



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

1. ประเภทสมาชิกผู้เอาประกัน

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

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.)

■ 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



แผนประกัน

สำหรับ

บุคลากรมหาวิทยาลัยและส่วนงานฯ เป็นผู้ชำระเบี้ยประกัน

2.1 แผนความคุ้มครองสมาชิกหลักประเภท 1

(มหาวิทยาลัย และส่วนงานฯ เป็นผู้ชำระเบี้ยประกัน)



Chula
Chulalongkorn University

SELife
จากณภัยประกันชีวิต

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 และการขบชี่หรือชอนทำยรถจักรยานยนต์	

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 และการขบขืนหรือซ่อนตัวรถจักรยานยนต์				

2.2 บุคลากรสมาชิกหลัก (ภาคสมัครใจ) และสมาชิกสมทบ

(ผู้เอาประกันเป็นผู้ชำระเบี้ยประกัน)

ผลประโยชน์ความคุ้มครอง/วงเงินเอาประกัน (คุ้มครองทั่วโลกตลอด 24 ชั่วโมง)	แผนแนะนำ	แผนประหยัด	แผนพรีเมียม	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) (จ่ายแยกจากค่าใช้จ่ายทั่วไปและค่าธรรมเนียมการผ่าตัด)	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 รักษารากฟัน 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 สำหรับกลุ่มสมาชิกหลักและกลุ่มสมทบ ที่ผู้ทำประกันชำระเบี้ยประกันเอง (12 เดือน)	12,702.96	7,684.21	23,977.13	696.38
พิเศษ ! บุคลากรจ่ายเบี้ยประกัน เพียง 10 เดือน	10,580	6,400	19,970	580

สำหรับสมาชิกหลัก และสมาชิกสมทบที่ชำระเบี้ยประกันเอง
แผน และรูปแบบโครงการประกันสุขภาพฯ แบบกลุ่ม

คุ้มครองระหว่างวันที่ 1 ธ.ค. 2567 – 30 ก.ย. 2568



ผลประโยชน์ความคุ้มครองที่ได้รับ	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)			
	แบบแนะนำ	แบบประหยัด	แบบ premium	แบบประกันอุบัติเหตุ
การประกันชีวิตกลุ่ม				
# เสียชีวิตจากการเจ็บป่วย/ได้รับอุบัติเหตุ ตลอด 24 ชั่วโมง	200,000	100,000	300,000	10,000
การประกันภัยอุบัติเหตุสากล (อบ.2) รวมภัยสาธารณะ				
# คุ้มครองการเสียชีวิตและการสูญเสียอวัยวะ จากอุบัติเหตุภายใน 180 วัน นับแต่วันที่เกิดอุบัติเหตุ	200,000	100,000	300,000	300,000
การประกันภัยอุบัติเหตุชดเชยค่ารักษาพยาบาล (อบ.7)				
# ชดเชยค่ารักษาพยาบาลเนื่องมาจากอุบัติเหตุ	-	-	-	30,000
แบบคนไข้ใน				
ก. ค่าห้องและค่าอาหารสูงสุด 120 วัน ๆ ละ	1,600	1,100	3,000	-
- ค่าห้อง ICU. สูงสุด 30 วัน ๆ ละ (แยกต่างหากจากข้อ ก.)	3,200	2,200	6,000	-
ข. ค่าบริการของโรงพยาบาล (รวมค่าการพยาบาลและบริการ, ค่ารถพยาบาลไป-กลับ ไม่เกิน 2 เที่ยว)	21,000	16,000	31,000	-
ค. ค่าธรรมเนียมการผ่าตัด (ตามรายการจริง แต่ไม่เกิน)	31,000	21,000	41,000	-
จ. ค่าเย็บซ่อมแพทย์ในโรงพยาบาลสูงสุด 120 วัน ๆ ละ	700	500	1,000	-
ฉ. ค่ารักษาแบบคนไข้นอกกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน (คุ้มครองอุบัติเหตุภายใน 72 ชั่วโมง รักษาต่อเนื่องจนกว่าจะหาย หรือจนกว่าเต็มวงเงินโดยไม่กำหนดวันรักษาต่อเนื่อง)	5,000	4,000	10,000	-
ช. ค่าปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ต่อครั้ง (ไม่รวมอยู่ในข้อ ข. หรือ ค.)	2,500	2,000	3,000	-
แบบคนไข้นอก				
ค่ายา ค่าตรวจรักษา รวมถึงค่าตรวจทางห้องทดลองปฏิบัติการ ตามแพทย์สั่งเพื่อวินิจฉัยโรค (สูงสุดต่อปีงบประมาณ)	15,000	10,000	20,000	-
การรักษาโรคฟัน แบบคนไข้นอก				
ค่ารักษารวมค่าตรวจทางห้องทดลองปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยโรค สูงสุดต่อปีงบประมาณ (อุดฟัน ถอนฟัน การรักษารากฟัน)	2,000	1,000	3,000	-
เบี้ยประกันต่อคน สำหรับบุคลากรภาคสมัครใจ และสมาชิกสมทบ	10,580	6,400	19,970	580

Hot Line : 081 991 8370, 081 911 1743

SeLife สุขได้กับทุกการเปลี่ยนแปลง

☎ 0 2255 5656

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

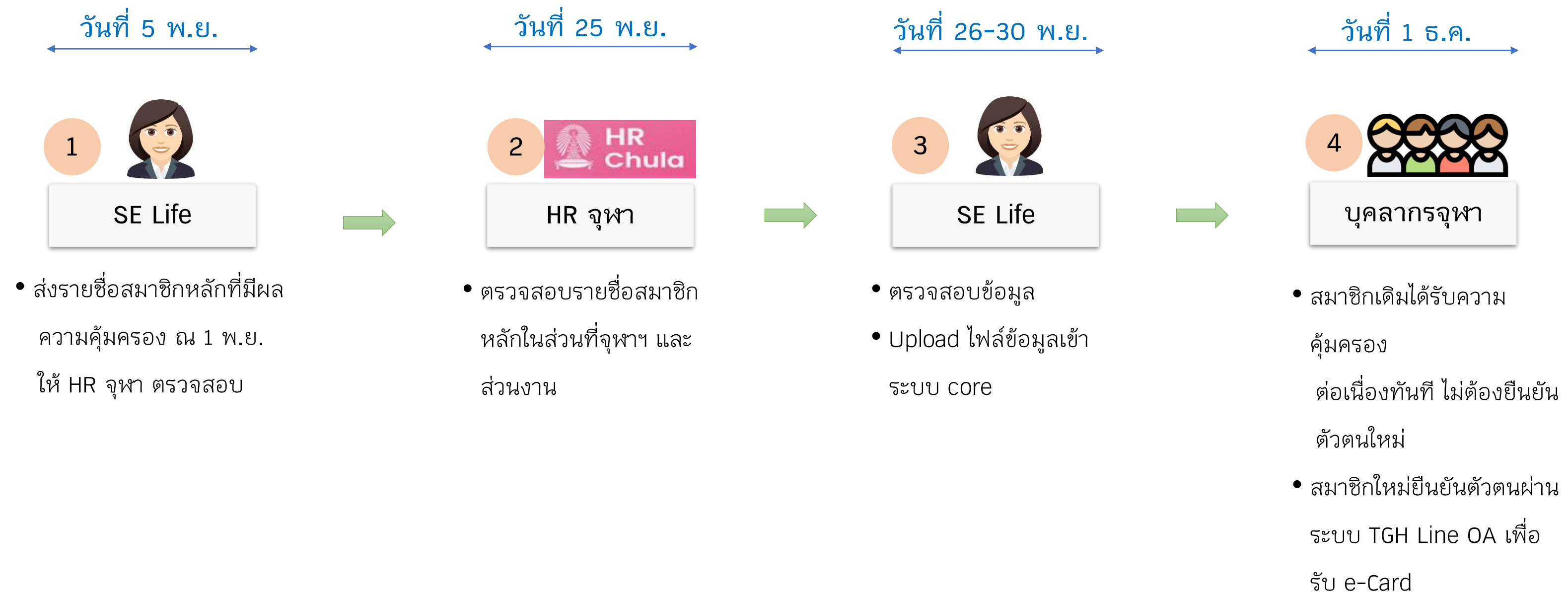
*** สมัครผ่านระบบ Line official Thai Group (I-Aroon)
ระหว่างวันที่ 14 – 19 พ.ย.2567**

3.3 กลุ่มสมาชิกสมทบประเภท 1 และประเภท 2

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

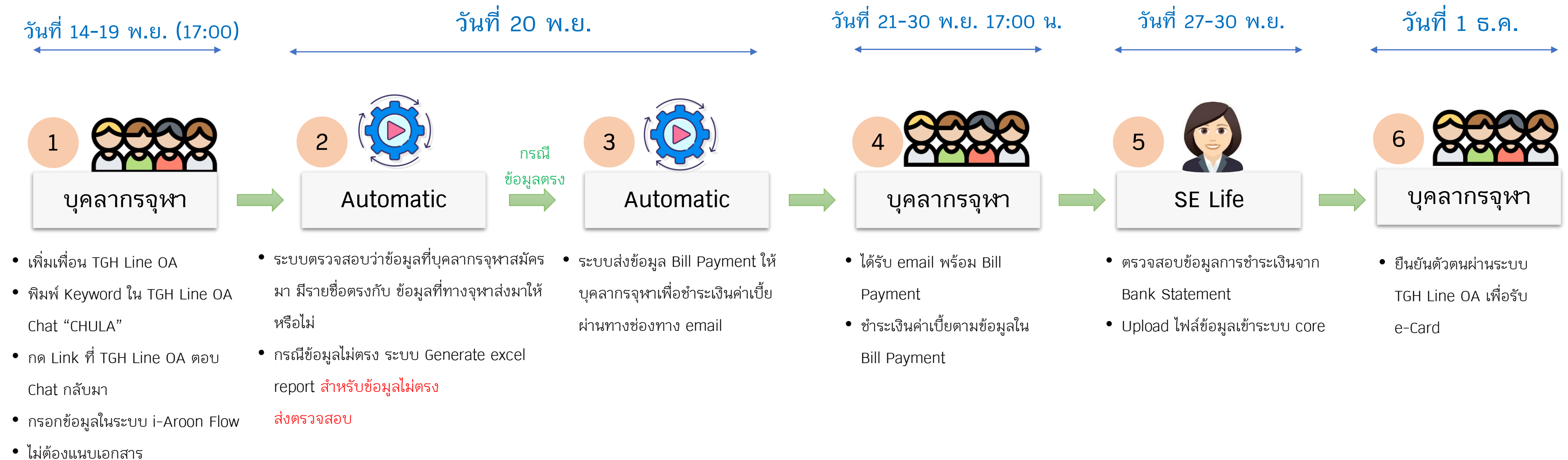
สมาชิกกลุ่ม 1 : สมาชิกหลักต่อเนื่อง, สมาชิกหลักใหม่

(มหาวิทยาลัย และส่วนงานเป็นผู้จ่ายเบี้ยประกัน)



สมาชิกกลุ่ม 2 : สมาชิกหลักต่อเนื่อง, หลักใหม่

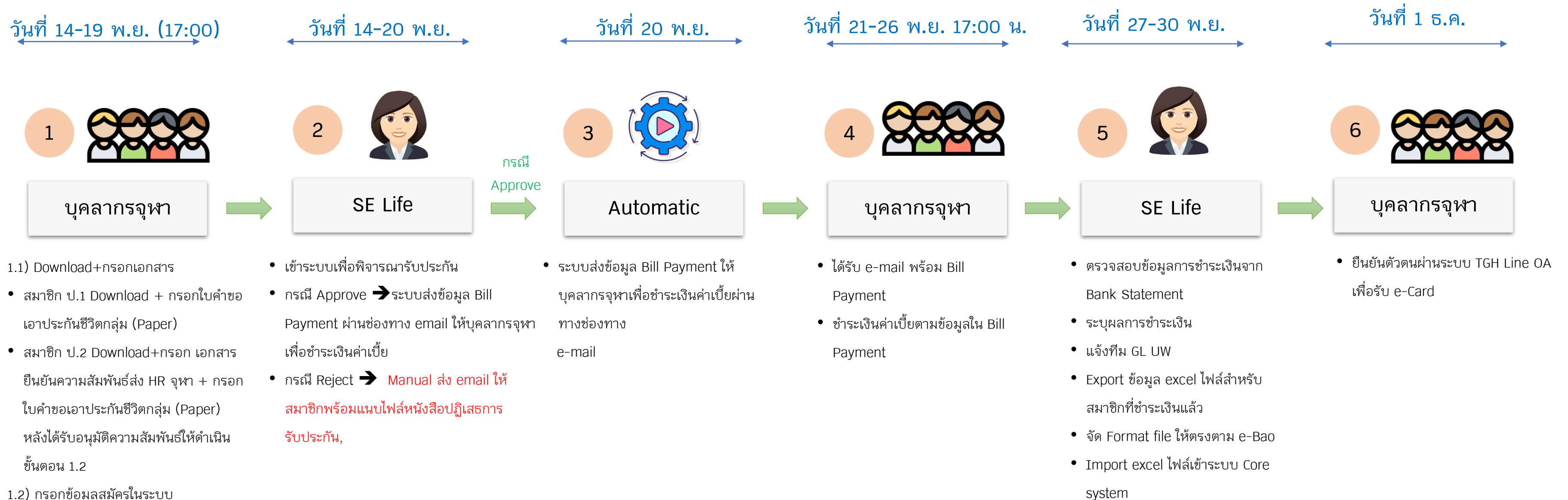
และสมทบต่อเนื่อง (สมาชิกจ่ายค่าเบี้ยเอง และไม่ต้องพิจารณารับประกัน)





สมาชิกกลุ่ม 3 : สมาชิกสมทบประเภท 1 และ ประเภท 2

(สมาชิกจ่ายค่าเบี้ยเอง และต้องพิจารณารับประกันสมาชิกใหม่)



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

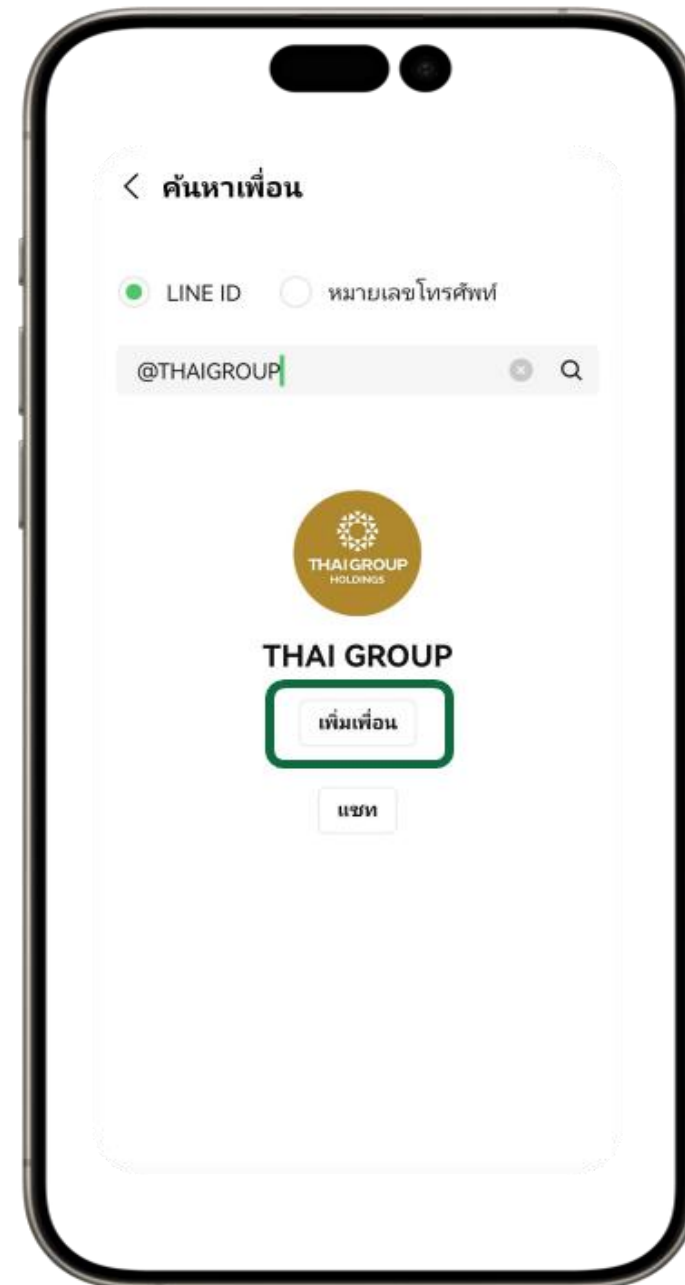
วิธีที่ 2

- 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 (ถ้ามีได้ระบุจำนวนผู้รับประโยชน์ไว้ให้ชัดเจนแต่ละประโยชน์ต่าง ๆ กัน)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์	เลขประจำบัตรประชาชน หนังสือเดินทาง เอกสารที่หน่วยงานของผู้ออกให้	อายุ (ปี)	ความสัมพันธ์	ที่อยู่	ข้อมูลของ ผลประโยชน์

6. ผู้ดูแลประจำหน่วยลูกกุญแจรถ เลื่อนการรับประกันภัย เพื่อชี้แจงรายละเอียดประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอคืนเงินผู้
 อดตามเงื่อนไขการขอคืนเงินของกรมประกันภัยจากบริษัทอื่นหรือบริษัทอื่นบ้างหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด)

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

7. ผู้ดูแลประจำหน่วยลูกกุญแจรถเคยสูญเสียทรัพย์สินหรือไม่
☐ ไม่สูญเสีย ☐ สูญเสียเคย ไม่ระบุปริมาณ ล้านบาท สูญเสีย ปี
☐ เสียสูญ เสีย

8. ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.
 ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาน้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่
☐ ไม่เปลี่ยน ☐ เปลี่ยน เพิ่มขึ้น กก. ลดลง กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง.....

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้เอาประกันภัย

9. บุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา พี่สาว พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา) ของผู้เอาประกันภัย เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคใดเคยเป็น
 โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การขาดแขนงด้วยอาการวิงเวียนศีรษะ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเลือด หรือโรค
 โรคติดต่อทางเพศ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดหัวใจ หรือโรคหัวใจอื่น ๆ หรือไม่
☐ ไม่เป็น ☐ เป็น ถ้าเป็นโปรดระบุรายละเอียดเฉพาะ ชื่อโรค ที่บุคคลในครอบครัวท่านเป็นโรคเคยเป็น.....

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาระยะของผู้เอาประกันภัย

10. ประวัติสุขภาพในช่วงเวลาที่ผ่านมามี
 ภายในระยะเวลา 6 ปีที่ผ่านมา ผู้เอาประกันภัยเคยพบแพทย์ เพื่อรับคำแนะนำหรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเคยได้รับการตรวจสุขภาพ หรือ
 การตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค (เช่น ความดันโลหิต การตรวจปัสสาวะ การตรวจเอ็กซเรย์ การตรวจเลือด การตรวจอัลตราซาวด์ (MR) การตรวจอัลตราซาวด์
 การตรวจโดยการใช้กล้องส่อง การตรวจแมมโมแกรม การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจด้วยเครื่องรังสีพิเศษ การตรวจแบบอื่น)
 หรือรับผ่าตัด หรือการแนะนำจากแพทย์แบบอื่นๆในโรงพยาบาลหรือเพื่อการรักษาใด ๆ หรือไม่
☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

โรค	วันเดือนปี ที่รับการตรวจรักษา	ผลการตรวจรักษา	สถานพยาบาลที่ตรวจรักษา (หากระบุชื่อแพทย์ไม่ประสงค์)

[illegible]

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

(4) ข้าพเจ้ารับรองและรับรองกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ บำรุงรักษา และหรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารแนบนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเช่าประกันภัย

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

ส่วนที่ ๕ คำเตือน

ก่อนลงนามหรือใช้ให้ผู้อื่นเช่าประกันภัยคุณควรตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
 ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารแนบนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงาน คปภ.
 แล้ว จึงลงนามหรือใช้ไว้ดังนี้

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

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





หนังสือแจ้งการใช้สิทธิยกเว้นเงินได้ตามกฎหมาย

ยกเว้นตนเอง (กรณีชำระเบี้ยประกันภัยเอง)

seLife
 Southeast Asia Life Insurance Public Co., Ltd.

หนังสือแจ้งการใช้สิทธิขอเคลมเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

ทำที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้าชื่อ (Print) ☐ นาย (Mr.) ☐ นาง (Mrs.) ☐ นางสาว (Miss)

ข้าพเจ้า ชื่อ - นามสกุลผู้เอาประกันภัย (Name - Surname).....

(สำหรับบุคคลสัญชาติไทย) บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ (National ID No.).....

(สำหรับบุคคลต่างชาติดำเนินการ For Foreigner) หนังสือเดินทางเลขที่ (Passport No.).....

เลขที่กรมธรรม์ (Policy Number)

อีเมล (Email)

ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอเคลมเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

☐ มีตามประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับผู้เอาประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้เอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non - Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้อยู่อาศัยที่ต่างประเทศได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่

☐ ไม่มีตามประสงค์

ทั้งนี้ เพื่อการดำเนินการของบริษัท ขอเสนอให้ผู้เอาประกันภัย (ผู้เอาประกันภัย) ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้บริษัทฯ ส่งและเปิดเผย ข้อมูลของข้าพเจ้า สำหรับกรมธรรม์ประกันภัยที่ข้าพเจ้าถือครองอยู่แก่กรมสรรพากรเพื่อตรวจสอบและดำเนินการประเมินภาษีของข้าพเจ้าได้ทันทีนับจากวันที่ ๓ ปีถัดไป หรือเกิดขึ้นในอนาคต เว้นแต่ข้าพเจ้าแจ้งแสดงรายการประสงค์เปลี่ยนแปลงเป็นอย่างอื่น เพื่อคุ้มครองผลประโยชน์ที่ได้รับจากผู้เอาประกันภัย

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้เอาประกันภัย

ช่องทางการส่งเอกสารอีเมล groupoperation@se.co.th

บริษัท สยามเซาท์อีสต์ไลฟ์ จำกัด เลขที่ 315 อาคารเซอีฟ 8-12 ถนนสุขุมวิท แขวงคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร 10660
 Southeast Life Insurance Public Company Limited 315 Thai Group Bldg., 8-12 Fl., Sukum Rd., Siam, Bangkok, Bangkok 10660
 T : 0 2831 1001 P : 0 2236 7614 www.southeastlife.co.th
 ทะเบียนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษี Registration No. / Tax ID No. 0107555003384

ศูนย์ดูแลลูกค้า โทร. 0 2255 5656

SE Life
สหกรณ์ออมทรัพย์

หนังสือแจ้งการใช้สิทธิขอถอนเงินภาษีเงินได้ตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากรเกี่ยวกับภาษีเงินได้ (ฉบับที่ 162) เพื่อทราบหลักเกณฑ์และวิธีการ เพื่อการถอนเงินภาษีเงินได้สำหรับเงินได้เท่าที่มีเงินได้จ่ายเป็นเบี้ยประกันภัยสำหรับตนการประกันสุขภาพบนค่าเบี้ยของผู้นั้นได้รวมทั้งมูลค่าของสมาชิกหรือเจ้าของผู้นั้นได้

วันที่

ส่วนที่ 1. ชื่อผู้เอาประกันภัย

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว..... บัตรประชาชนเลขที่.....
ผู้เอาประกันภัยกรมธรรม์เลขที่.....(ระบุเฉพาะกรมธรรม์ที่ใช้สิทธิ)
มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทฯ ถอนเบี้ยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ส่งและเปิดเบาะชั่งมูลค่าของข้าพเจ้า รวมถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการประกันภัยฉบับนี้ต่อกรมสรรพากร เพื่อประกอบการการใช้สิทธิขอถอนเงินภาษีเงินได้ของข้าพเจ้าหรือผู้เอาประกันภัยตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากรที่กล่าวถึงข้างต้น

.....
(.....)
ผู้เอาประกันภัย

ส่วนที่ 2. ชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว..... บัตรประชาชนเลขที่.....
มีความประสงค์ขอใช้สิทธิขอถอนเงินภาษีเงินได้จากการประกันภัยที่ระบุไว้ โดยข้าพเจ้าขอให้บริษัทฯ ส่งและยินยอมให้บริษัทฯ เปิดเบาะชั่งมูลค่าของข้าพเจ้าที่เกี่ยวข้องกับการชำระเบี้ยประกันภัย รวมถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการประกันภัยฉบับนี้ต่อกรมสรรพากร เพื่อประกอบการการใช้สิทธิขอถอนเงินภาษีเงินได้ตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากรที่กล่าวถึงข้างต้น ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

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

.....
(.....)
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

หมายเหตุ

1. ช่องทางการส่งเอกสาร
 - 1.1 Email : groupoperation@TGH.co.th
 - 1.2 ไปรษณีย์ จากหนังสือ ไปรษณีย์กลุ่ม บริษัทฯ จำกัด (มหาชน) เลขที่ 315 ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

บริษัท สหกรณ์ออมทรัพย์ จำกัด (มหาชน) 315 ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500
Southeast Life Insurance Public Company Limited 315 Thai Group Bldg., 8-12 Fl., Siam Rd., Siam, Bangkok, Bangkok 10500
T. 0 2631 1331 F. 0 2236 3515 www.southeastlife.co.th
no.0000000000 / เลขประจำตัวผู้เสียภาษี Registration No. / Tax ID No. 0307055000384

ศูนย์ข้อมูลลูกค้า โทร.0 2255 5556

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



SELife
จากณัฏฐ์ประกันชีวิต

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

สแกน
หรือพิมพ์
@THAIGROUP

ดูข้อมูลประกันกลุ่ม **Happi**

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
จากณัยประกันชีวิต

ผ่าน
LINE
OA

ขั้นตอนแจ้งเคลมประกันกลุ่ม



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

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

ผ่าน HR



นำส่งเอกสารการเคลมที่ HR และ HR จะดำเนินการรวบรวมนำส่ง บมจ.อาคณัยประกันชีวิต 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





พาหมอมาหาถึงหน้าจอมือถือ กับบริการ Telemedicine

บริการใหม่ล่าสุด

หมอพร้อมดูแลค่ะ

ไม่ต้องโหลดแอป

ปรึกษาได้ทันที
ไม่ต้องนัดหมอ

ไม่จำกัดเวลา
ในการคุย

4 ขั้นตอน เริ่มใช้งาน Health at Work

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

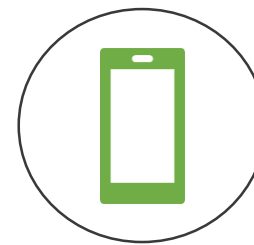




สุขได้กับทุกการเปลี่ยนแปลง



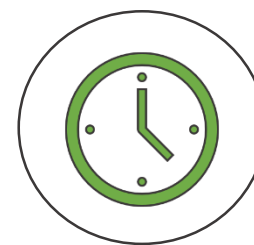
0 2255 5656



ไม่ต้องโหลดแอป
ใช้งานผ่าน Line
Application



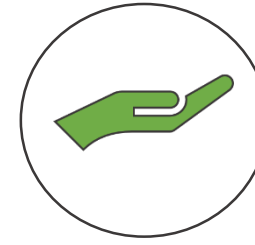
ปรึกษาได้ทันที



ไม่จำกัดเวลาคุย



บริการครอบคลุมทั่วประเทศ
เป็นพันธมิตรกับร้านยา Pure
Pharmacy, Fascino, Bangkok
Drugstore



บริการ 7 วัน
7:00 – 23:00 น.



ความพึงพอใจผู้ใช้งานที่ 98%

Contact Person ผลิตภัณฑ์ประกันชีวิตกลุ่ม



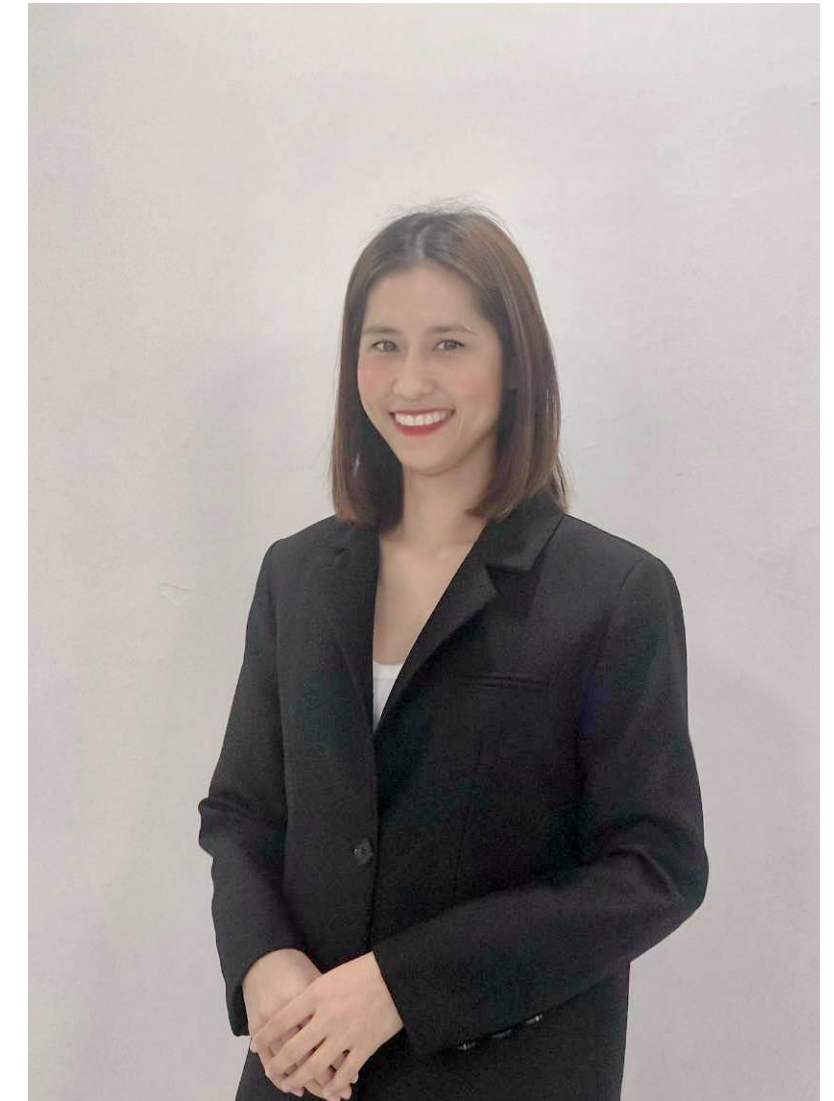
คุณกัญญาพัชร พุกกัน(เหมียว)
ผู้จัดการ
098-257-4754



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 ชิงอมรเกียรติ(นล)
ผู้จัดการ
098-257-4756



คุณธันยารินทร์ รัตนธนาภักษ์(ยุย)
ผู้ช่วยผู้จัดการ
098-257-4751

สุขได้กับการเปลี่ยนแปลง

