

การประชุมชี้แจง (รอบที่ 1)

โครงการประกันชีวิต – อุบัติเหตุ – สุขภาพ แบบกลุ่มแก่บุคลากรและครอบครัว

วันพฤหัสบดีที่ 7 พฤศจิกายน เวลา 10.00 – 11.30 น.

ณ ห้องประชุมออนไลน์ผ่านระบบ ZOOM



กำหนดการ



- ช่วงที่ 1 : **พิธีเปิด** การประชุมชี้แจงโครงการประกันชีวิต – อุบัติเหตุ – สุขภาพแบบกลุ่มฯ
โดยรองอธิการบดี (ศาสตราจารย์ ดร.คณพล จันทน์หอม)
- ช่วงที่ 2 : **ชี้แจงรายละเอียด** โครงการประกันกลุ่ม ฯ โดย วิทยากรจากทีมงาน
บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
- ช่วงที่ 3 : **ตอบข้อซักถาม** 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.

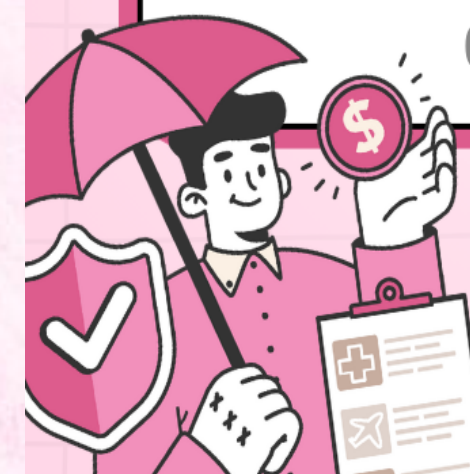
ผลประโยชน์ความคุ้มครอง / วงเงินเอาประกัน (คุ้มครองทั่วโลกตลอด 24 ชั่วโมง)	ผลประโยชน์ แผน Premium
1. การประกันชีวิต: จ่ายเงินทดแทนในกรณี - เสียชีวิต (ทั้งจากการเจ็บป่วยและประสบอุบัติเหตุ ตลอด 24 ชั่วโมงทั่วโลก)	300,000
2. การประกันอุบัติเหตุ: จ่ายทดแทนอีกจำนวนในกรณี (อป.2) 2.1 อุบัติเหตุทั่วไป เพิ่มความคุ้มครอง การถูกฆาตกรรม ลอบทำร้าย จลาจล การนัดหยุดงาน การปฏิวัติของ ผู้ก่อการร้าย สงครามกลางเมือง และการขับขีหรือข้อห้ามทำรายการจรรยาบรรณ	300,000
2.2 อุบัติเหตุสาธารณะ ด้วยเหตุไฟไหม้ในโรงมหรสพ 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)	3,000
- ค่าห้องพยาบาลผู้ป่วยหนัก ICU (สูงสุด 30 วันต่อครั้ง)	6,000
- ค่ารักษาพยาบาลอื่น ๆ (ต่อครั้ง)	31,000
- ค่าธรรมเนียมผ่าตัด (ตามที่จ่ายจริง-สูงสุดรวม)	41,000
- ค่าปรึกษาแพทย์ทั่วไป ต่อวัน (สูงสุด 120 วันต่อครั้ง)	1,000
- ค่าปรึกษาแพทย์เฉพาะทางหรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (ต่อครั้ง) (จ่ายแยกจากค่าใช้จ่ายทั่วไปและค่าธรรมเนียมผ่าตัด)	3,000
3.2 กรณีรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก (OPD)	
- ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกเฉพาะกรณีประสบอุบัติเหตุฉุกเฉิน ภายใน 72 ชั่วโมง รักษาจนกว่าจะหายหรือ จนกว่าจะเต็มวงเงิน โดยไม่กำหนดวันรักษาต่อเนื่อง	10,000
- ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (เหมาจ่าย) วงเงิน/ปี	20,000
4. ค่ารักษาทางทันตกรรม (ต่อปี)	
(ขูดหินปูน อุดฟัน ถอนฟัน การรักษาประสาทรากฟัน และผ่าฟันคุด รวมถึงค่ารักษารวมค่าตรวจทาง ห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยโรค)	3,000

หมายเหตุ: ผลประโยชน์ความคุ้มครองวงเงินเอาประกันเต็ม 12 เดือน

สมาชิกหลักจะได้รับ
ประกันแบบสวัสดิการกลุ่ม

Chulalongkorn University

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 สามารถซื้อประกันกลุ่ม โดยรับผิดชอบค่าใช้จ่าย

- ➡ 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
- ➡ แผนประกันราคาถูกลงกว่าราคาขายจากบริษัทภายนอก และเปิดโอกาสให้สมาชิกหลัก ซื้อประกันสุขภาพกลุ่มให้กับสมาชิกสมทบ ที่ดูแลครอบครัวไปยังครอบครัวและญาติของบุคลากร ซึ่งเป็น Benefit ที่ดีที่ดูแลถึงครอบครัวของบุคลากร
- ➡ รูปแบบขั้นตอนการสมัคร ง่าย สะดวก รวดเร็ว จากบริษัทฯ
- ➡ วันที่ 1 ธันวาคม ระบบให้บริการของบริษัทประกันที่สามารถดำเนินการยืนยันตัวตนได้ด้วยตนเอง ผ่าน Line Official

สำหรับ
บุคลากรภาค
สมัครใจ และ
สมาชิกสมทบ

สำหรับสมาชิกหลัก (สมัครใจ) และสมาชิกสมทบ รับผิดชอบค่าเบี้ยประกันเอง



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



**** เอกสารฉบับนี้ใช้เพื่อสื่อสารภายในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเท่านั้น ****

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 การปฏิบัติของผู้ก่อการร้าย สงครามกลางเมือง และการขับชื้อหรือซื้อตั๋วโดยสารจักรยานยนต์	200,000	100,000	300,000	300,000
2.2 อุบัติเหตุสาธารณะ ด้วยเหตุไฟไหม้ในโรงแรมหรสพ โรงแรม หรืออาคารสาธารณะอื่นใด หรือขณะใช้ลิฟท์ในอาคารสาธารณะ หรือขณะที่เป็นผู้โดยสารรถประจำทาง ในซึ่งพนักงานหรือสมาชิกผู้เอาประกันอยู่ในสถานที่นั้นในขณะที่เพลิงไหม้	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)  (ชุดฟันปูน ชุดฟัน ถอนฟัน การรักษาประสาทรากฟัน และผ่าฟันคุด รวมถึงค่ารักษารวมค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยโรค)	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
ฝ่ายสิทธิประโยชน์และการดูแลทรัพยากรมนุษย์ สำนักบริหารทรัพยากรมนุษย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.สวัสดิการยืดหยุ่น (Flexible Benefit)

พิเศษสำหรับปีนี้

มหาวิทยาลัยมอบสิทธิสวัสดิการยืดหยุ่น
(Flexible Benefit)

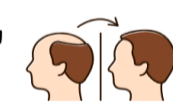
ให้ท่านนำไปใช้จ่ายเพื่อการดูแลสุขภาพอีก

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/ไม้ค้ำยันรัดแร็บแบบไม้/แบบอลูมิเนียม - อุปกรณ์ช่วยพยุงกล้ามเนื้อ เช่น ข้อมือ, ข้อเท้า, ข้อศอก, เข่า, แขน, หลัง - อุปกรณ์เกี่ยวกับประคบร้อน/เย็น เช่นเจลประคบร้อน/เย็น แผ่นให้ความร้อนด้วยไฟฟ้า - คาร์ดเซ็นเซอร์ - เครื่องฟอกอากาศ - ปรอทวัดอุณหภูมิ/เทอร์โมมิเตอร์วัดไข้ - รองเท้าออกกำลังกาย 
ค่าเบี้ยประกันสุขภาพสำหรับบุคคลในครอบครัว	- เฉพาะแผนประกันของบริษัทประกันที่มหาวิทยาลัยเป็นคู่สัญญา - ครอบครัวสายตรง ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร 
ค่าเบี้ยประกันอุบัติเหตุสำหรับบุคคลในครอบครัว	- เฉพาะแผนประกันของบริษัทประกันที่มหาวิทยาลัยเป็นคู่สัญญา - ครอบครัวสายตรง ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร - สามารถเบิกได้ 1 สิทธิเท่านั้น 
 ค่ากายภาพบำบัด	- กายภาพบำบัดสำหรับผู้มีอาการปวดกล้ามเนื้อหรือข้อต่อต่างๆ ของร่างกาย - กายภาพบำบัดเพื่อรักษาออฟฟิศซินโดรม
 ค่ารักษาทางทันตกรรม	การตรวจฟัน เอ็กซเรย์ฟันและตรวจทางห้องทดลองปฏิบัติการ อุดฟัน, ถอนฟัน, ผ่า/ถอนฟัน, คัด, รักษาโรคฟัน, ครอบฟัน, ขูดหินปูน, ทำฟันปลอม, รักษาโรคเหงือกอักเสบ
รายการตรวจสุขภาพประจำปีเพิ่มเติม	รายการตรวจสุขภาพที่บุคลากรประสงค์ตรวจเพิ่มเติมแล้วต้องชำระเงินเองในการตรวจสุขภาพประจำปีของมหาวิทยาลัย
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

สวัสดิการยืดหยุ่น (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

สวัสดิการยืดหยุ่น (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	• การรักษาผมหงอก/การปลูกผม • การนวดแผนไทย



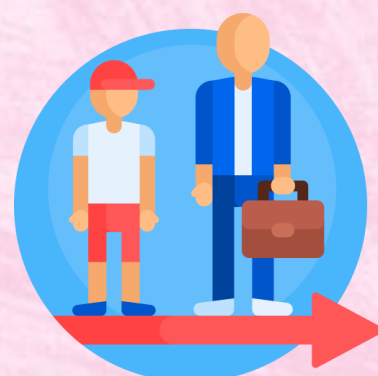
ประชาสัมพันธ์เพิ่มเติม



ประชุมชี้แจง ณ ห้องประชุมออนไลน์ผ่านระบบ **Zoom** ตั้งแต่เวลา 10.00 – 11.30 น.

รอบ 2 วันที่ 12 พ.ย. 67

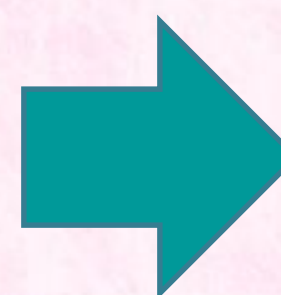
รอบ 3 วันที่ 13 พ.ย. 67



การให้บริการออกบูธและอำนวยความสะดวก

แก่สมาชิกเป็นเวลา **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)
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 อาคารมทิตลาธิเบศร

** 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
จากณย์ประกันชีวิต

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.)

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

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 ผู้เอาประกันภัยอยู่ในสถานที่นั้นในขณะเพลิงไหม้	
<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 และการขบชืหรือซ่อนทำยรถจักรยานยนต์				

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 ส่วนงานชำระเบียฯ
- * **ไม่ต้องสมัครผ่านระบบ** Line official Thai Group (I-Aroon)
 - * สำนักบริหารทรัพยากรมนุษย์ยืนยันรายชื่อ
ภายใน 25 พ.ย. 2567
- 3.2 กลุ่มสมาชิกหลัก (ภาคสมัครใจ) ที่ชำระเบียเอง
- * 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

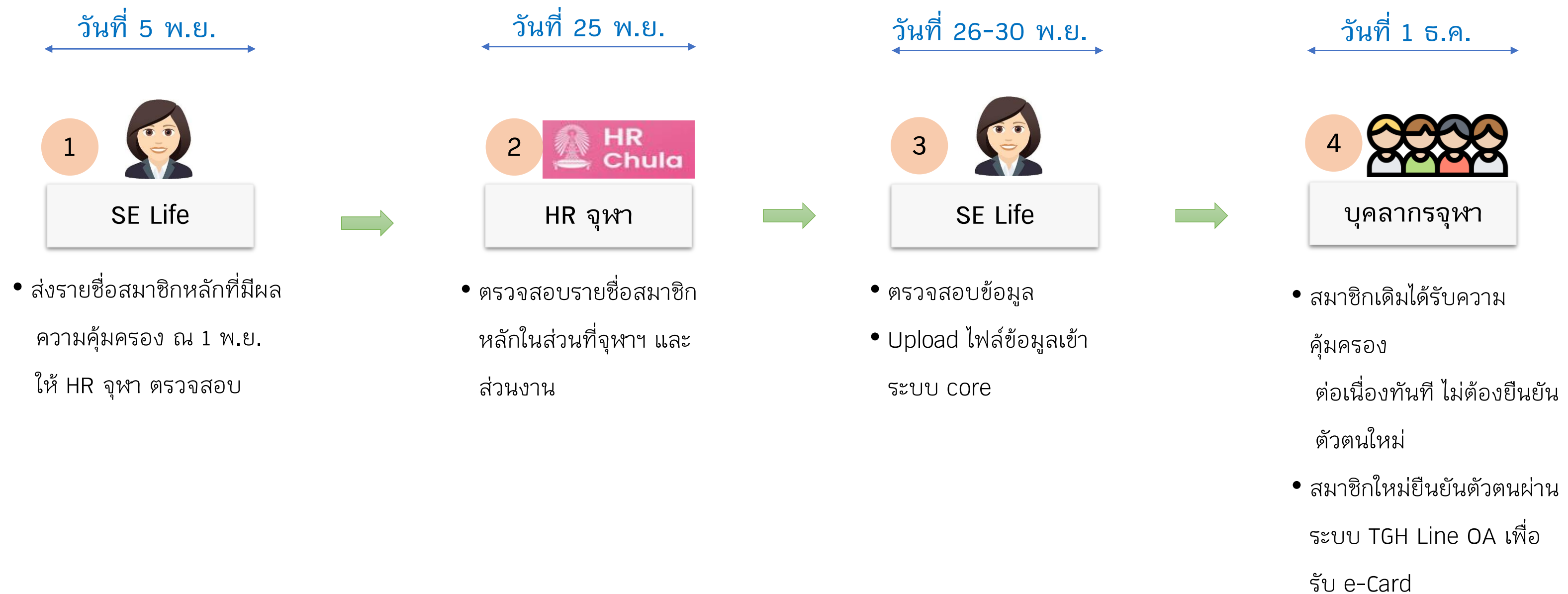
สมาชิกกลุ่ม 1 : สมาชิกหลักต่อเนื่อง, สมาชิกหลักใหม่

(มหาวิทยาลัย และส่วนงานเป็นผู้จ่ายเบี้ยประกัน)



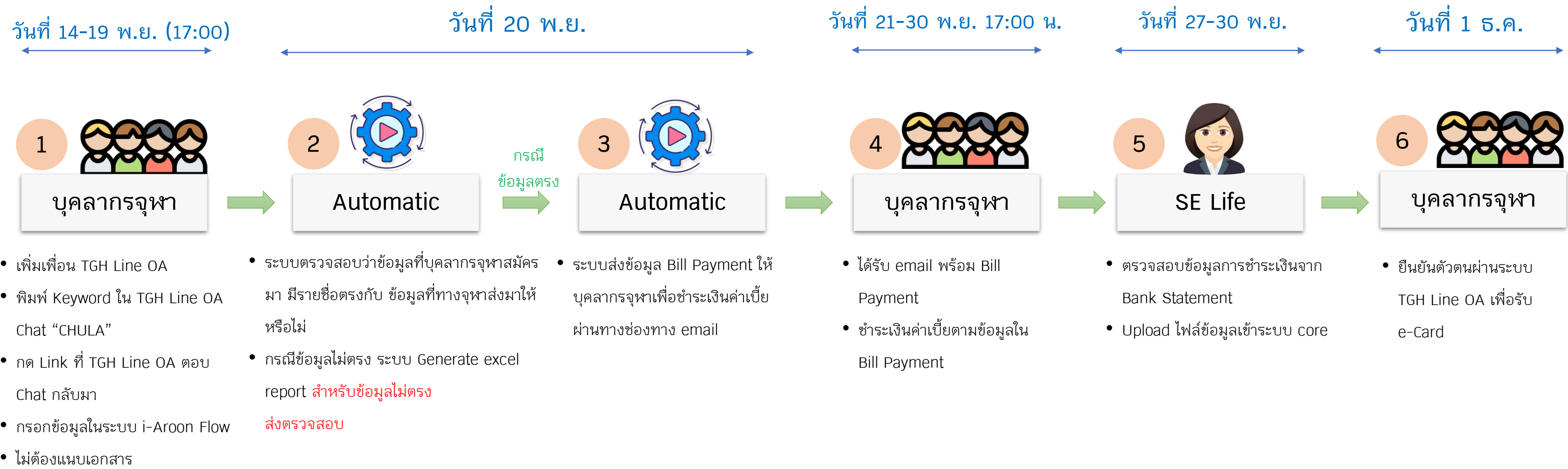
Chula
Chulalongkorn University

SELife
อาภรณ์ประกันชีวิต



สมาชิกกลุ่ม 2 : สมาชิกหลักต่อเนื่อง, หลักใหม่

และสมทบต่อเนื่อง (สมาชิกจ่ายค่าเบี้ยเอง และไม่ต้องพิจารณารับประกัน)



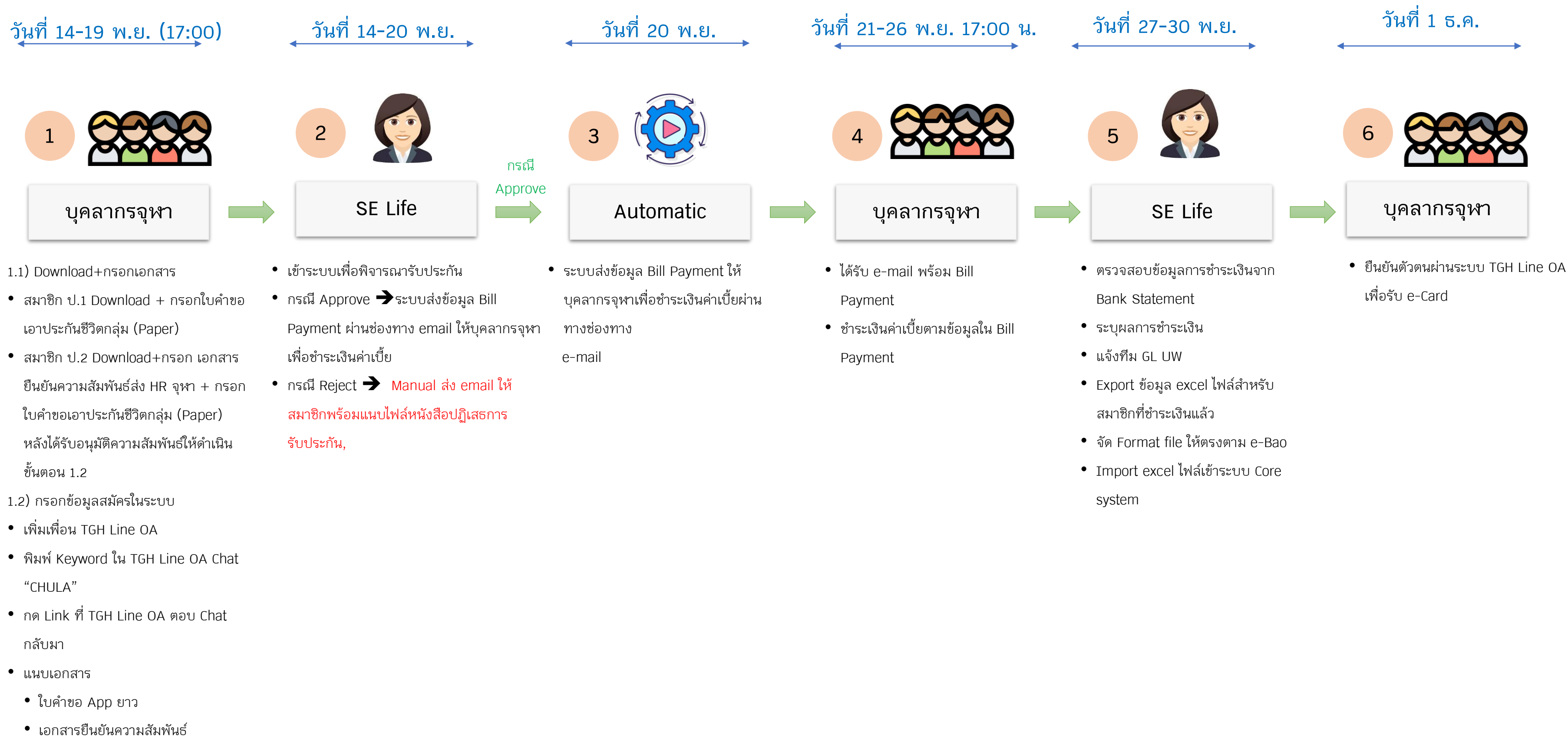
สมาชิกกลุ่ม 3 : สมาชิกสมทบประเภท 1 และ ประเภท 2

(สมาชิกจ่ายค่าเบี้ยเอง และต้องพิจารณารับประกันสมาชิกใหม่)



Chula
Chulalongkorn University

SELife
จากณียประกันชีวิต



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

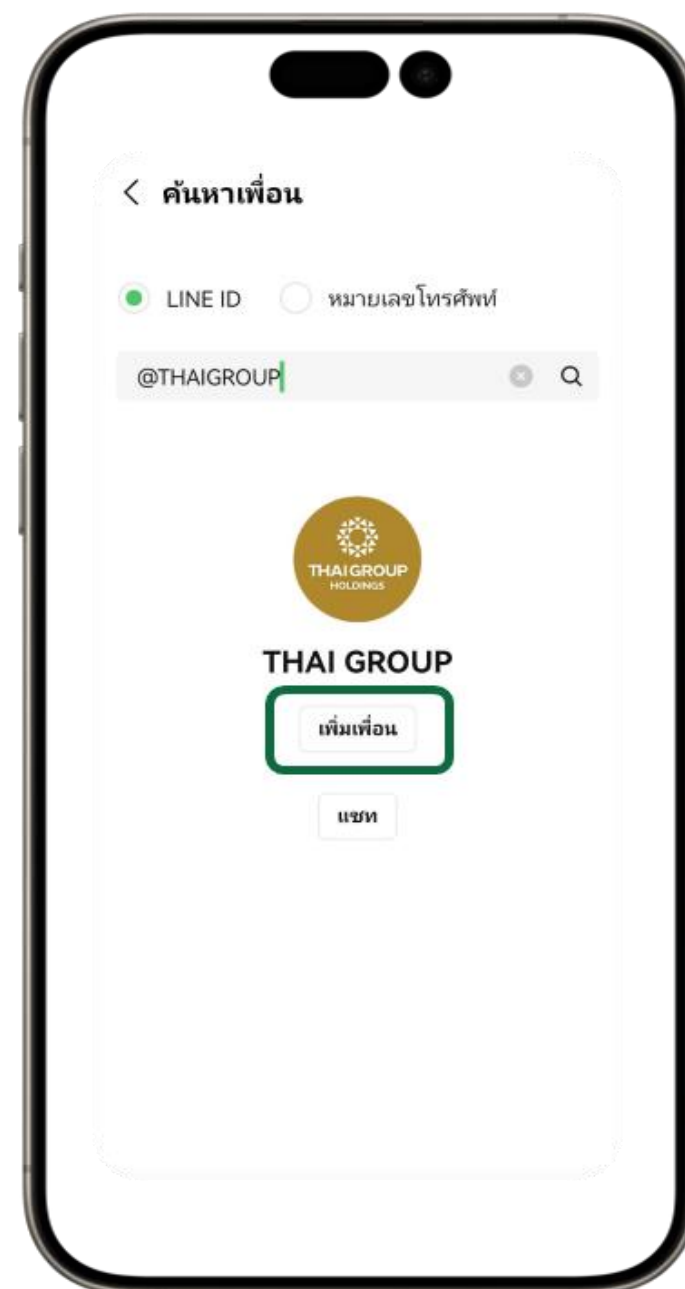
วิธีที่ 2

- 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)



ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มสำหรับผู้อุบลประกันภัย



บริษัท ธารมณีประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
 Southeast Life Insurance Public Company Limited
 1111 Phahonyothin Road, 4-12/1, Siam Rd., Siam, Bangkok, Bangkok 10330
 T : 0-2601 1231 F : 0-2286 1000 www.seelife.co.th seelife@seelife.co.th 0-2289 5656
 Incorporated in Thailand under the Insurance Business Registration No. 7-114-11-01-0000000000

กรมธรรม์เลขที่.....

เลขที่สมาชิก.....

ชื่อผู้ถือกรมธรรม์.....

คำเตือน ขอสงวนค่าความคุ้มครองตามที่แนบมาและสิทธิการประกันชีวิตที่ประกันภัย (ผลประโยชน์) ผู้ขอเอาประกันภัย ต้องตอบคำถามความหมายเป็นใจจริงๆ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทปฏิเสธการรับประกันภัยไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

ส่วนนี้ คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

- ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย..... ชื่อและนามสกุลเดิม.....
 เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง สัญชาติ..... กรณีมีชื่อสัญชาติมากกว่า 1 สัญชาติ กรุณาระบุ.....
 ขอเอาประกันภัยในฐานะ ☐ พนักงานสมาชิก ☐ ผู้สมัคร ☐ บุตร ☐ บิดามารดา.....
 ชื่อและนามสกุลของพนักงานสมาชิก.....
 สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่า ☐ หย่า ภายหลัง..... ปี เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... เกิดที่ประเทศ.....
 เอกสารที่แนบมา ☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ หนังสือเดินทาง (passport) ☐ อื่นๆ.....
 เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นนางสาว.....

ภริยานามสกุล.....
- ที่อยู่และที่ทำงาน
 ก. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....
 เลขที่..... หมู่บ้านอาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
 แขวง/ตำบล..... เขตอำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 ประเทศ..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....
 อีเมล.....
 ข. ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....
 เลขที่..... หมู่บ้านอาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
 แขวง/ตำบล..... เขตอำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 ประเทศ..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....
 อีเมล.....
- สถานที่ทำงาน ☐ เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ เหมือนที่อยู่ปัจจุบัน.....
 ชื่อสถานที่ทำงาน..... อาคาร..... เลขที่..... หมู่ที่.....
 ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขตอำเภอ.....
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... ประเทศ..... โทรศัพท์บ้าน.....
 โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....
- สถานที่สะดวกในการติดต่อ ☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ สถานที่ทำงาน.....

3. อาชีพประจำ..... ตำแหน่ง..... วันเริ่มทำงานของพนักงานสมาชิก.....
 ลักษณะงานที่ทำ..... ลักษณะธุรกิจ.....
 รายได้ต่อปี..... บาท

4. รายละเอียดเกี่ยวกับภรรยาขอเอาประกันภัย.....
 ผู้ขอเอาประกันภัยจะต้องกรอกรายละเอียดแบบประกันภัย โดยรายละเอียดดังนี้.....
 ชื่อแบบสัญญาประกันภัย.....
 จำนวนเงินเอาประกันภัย..... บาท เมื่อประกันชีวิต..... บาท

[illegible][illegible]

(3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันไว้ว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของ บริษัท แก๊สภาคพื้นใต้แล้ว ตามที่ปรากฏในลิงก์ที่ <https://www.southeastgas.co.th/pdpafile> ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เป็ดเผย และหรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกํากับและสงเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประะโยชน์ในการกํากับดูแลและสงเสริมธุรกิจประกันภัย ตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกํากับและสงเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เป็ดเผย และหรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.ocic.or.th

(4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันไว้ว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกํากับและสงเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เป็ดเผย และหรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กํานัดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของ บริษัท และสำนักงาน คณะกรรมการกํากับและสงเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีกฏเกณฑ์เป็นครั้งคราว รวมถึงถึงวัตถุประสงค์ที่กํานัดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ
ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อํานาจปกครอง
ของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ส่วนที่ ๕ คำเตือน

ก่อนลงลายมือชื่อให้ผู้อุขอเอาประกันภัยกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
ข้าพเจ้าได้สำเนาและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของ บริษัท และสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่

(ลงชื่อ).....

(.....)

พยานด้วยนามประจําชีวิตตามหน้าประกันชีวิต
รหัสพนักงาน (เจ้าหน้าที่ลูกค้าสัมพันธ์)

(ลงชื่อ).....

(.....)

พยาน

วันที่ เดือน พ.ศ.

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ
ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อํานาจปกครอง
ของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

หนังสือรับรอง 1 สิทธิสมทบเข้าร่วมโครงการ



บันทึกข้อความ

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

เรื่อง ขอแจ้งชื่อสมาชิกในโครงการประกันชีวิต - 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 โดยสมัครให้ ชื่อ - นามสกุล.....มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องเป็น

☐ ญาติตามสายโลหิต (ไปตระกูล 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 (สามารถสมัครให้กับ สมาชิกสมทบใน แผนประกันที่เท่ากันหรือน้อยกว่าสมาชิกหลัก)

☐ แผน 1 ค่าเบี้ย 19,970 บาท ☐ แผน 2 ค่าเบี้ย 10,580 บาท ☐ แผน 3 ค่าเบี้ย 6,400 บาท

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าวข้างต้นมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าจริง และยินยอมให้แจ้งชื่อ เป็นสมาชิกสมทบผู้ได้รับความคุ้มครองในโครงการประกันฯ และได้แนบหลักฐานดังนี้

สำเนาบัตรประชาชน

☐ สมาชิกหลัก ☐ สมาชิกสมทบ ☐ บุคคลที่เกี่ยวข้องเพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ (ไปตระกูล).....

สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ สมาชิกหลัก ☐ สมาชิกสมทบ ☐ บุคคลที่เกี่ยวข้องเพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ (ไปตระกูล).....

และรูปถ่ายแสดงความสัมพันธ์เชิงประจักษ์ จำนวน 2 รูป (รูปถ่ายคู่และครอบครัว) กรณีคู่ชีวิต (คู่ชีวิตที่เป็น เพศเดียวกัน) ในการประกอบการสมัครโครงการประกันชีวิต - อุบัติเหตุ - สุขภาพ แบบกลุ่มแก่บุคลากรและ ครอบครัว

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).....ซึ่งเป็น
สมาชิกหลักในโครงการประกันชีวิต - อุบัติเหตุ - สุขภาพ แบบกลุ่ม แจ้งชื่อของข้าพเจ้าเป็นสมาชิกสมทบผู้ได้รับความคุ้มครองในโครงการประกันฯ ดังนี้

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

☐ แผน 1 ค่าเบี้ย 19,970 บาท ☐ แผน 2 ค่าเบี้ย 10,580 บาท ☐ แผน 3 ค่าเบี้ย 6,400 บาท

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

29

หนังสือแจ้งการใช้สิทธิยกเว้นเงินได้ตามกฎหมาย



ยกเว้นตนเอง (กรณีชำระเบี้ยประกันภัยเอง)



หนังสือแจ้งการใช้สิทธิยกเว้นเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

ทำที่.....
วันที่.....

ข้าพเจ้าชื่อ (Print) ☐ นาย (Mr.) ☐ นว (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

☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตแห่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้เอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non - Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้อยู่อาศัยถาวรในประเทศไทยได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่

☐ ไม่มีความประสงค์

ทั้งนี้ เพื่อการดำเนินการของบริษัท อาณัติประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ข้าพเจ้าขอยินยอมให้บริษัทฯ ส่งและเปิดเผย ข้อมูลของข้าพเจ้า สำหรับกรมธรรม์ประกันภัยที่ข้าพเจ้าขอใช้สิทธิลดหย่อนภาษีตามกรมสรรพากรประกาศกำหนดที่ ข้าพเจ้าได้ทำไว้กับบริษัทฯ ณ ปัจจุบัน หรือที่เลขบัญชีในเอกสาร เว้นแต่ข้าพเจ้าจะแสดงลายเซ็นพร้อมประทับตราเป็นลายเซ็น เพื่อวัตถุประสงค์ตามที่ได้รับไว้กับข้าพเจ้าแล้ว

ลงชื่อ.....
(ผู้เอาประกันภัย)

ช่องทางการส่งเอกสารอีเมล groupoperation@selife.co.th

บริษัท อาณัติประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) 315 อาคารเอทีบี ชั้น 8-12 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 7614 www.southeastlife.co.th
ใบอนุญาต / เลขที่การขึ้นทะเบียน Registration No. / Tax ID No. 0107555000384

ศูนย์ดูแลลูกค้า โทร.0 2255 5656

ยกเว้น บิดามารดา (กรณีชำระเบี้ยประกันให้)



หนังสือแจ้งการใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากรเกี่ยวกับภาษีเงินได้ (ฉบับที่ 162) จะกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการ เพื่อกำหนดเงินภาษีเงินได้สำหรับเงินได้เท่าที่ผู้มีเงินได้จ่ายเป็นเบี้ยประกันภัย สำหรับค่าประกันสุขภาพบิดามารดาของผู้มีเงินได้จวงหักบิดามารดาของสามีหรือภรรยาของผู้มีเงินได้

วันที่

ส่วนที่ 1. ข้อมูลผู้เอาประกันภัย

ข้าพเจ้า นายนางนางสาว..... บัตรประชาชนเลขที่.....
ผู้เอาประกันภัยกรมธรรม์เลขที่..... (ระบุเลขกรมธรรม์ที่ไว้สิทธิ)
มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทฯ อาณัติประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ส่งและเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้า รวมถึงข้อมูล ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ต่อกรมสรรพากร เพื่อประกอบการใช้สิทธิลดหย่อนภาษีเงินได้ของผู้เอาประกันภัย ตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากรที่กล่าวถึงข้างต้น

.....
(ผู้เอาประกันภัย)

ส่วนที่ 2. ข้อมูลผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ข้าพเจ้า นายนางนางสาว..... บัตรประชาชนเลขที่.....
มีความประสงค์จะใช้สิทธิลดหย่อนภาษีเงินได้จากกรมธรรม์ที่ระบุไว้ โดยข้าพเจ้าขอให้บริษัทฯ ส่งและเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าที่เกี่ยวข้องกับการชำระเบี้ยประกันภัย รวมถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ต่อ กรมสรรพากร เพื่อประกอบการใช้สิทธิลดหย่อนภาษีเงินได้ตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากรที่กล่าวถึงข้างต้น ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

1. ข้าพเจ้าเป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามกรมธรรม์ดังกล่าวข้างต้น
2. ผู้เอาประกันภัยตามส่วนที่ 1. มีฐานะเป็นบิดาหรือมารดาของข้าพเจ้า หรือเป็น บิดาหรือมารดาของคู่สมรสของ 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 อาณัติประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เลขที่ 315 ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500

บริษัท อาณัติประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) 315 อาคารเอทีบี ชั้น 8-12 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 7614 www.southeastlife.co.th
ใบอนุญาต / เลขที่การขึ้นทะเบียน Registration No. / Tax ID No. 0107555000384

ศูนย์ดูแลลูกค้า โทร.0 2255 5656

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



Chula
Chulalongkorn University

seLife
จากณัฏฐ์ประกันชีวิต



4.1 บริการต่างๆ ผ่านระบบ Line OA บนมือถือ

4.2 การเรียกร้องสินไหมฯ

4.3 บริการ Telemedicine

4.1 การบริการต่างๆ ผ่านระบบ Line OA บนมมือถือ



Chula
Chulalongkorn University

seLife
จากณัฏฐ์ประกันชีวิต

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

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



4.2 การเรียกร้องสินไหม

การเรียกร้องสินไหมกรณีไม่ต้องสำรองจ่าย

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



การเรียกร้องสินไหมกรณีสำรองจ่าย



Chula
Chulalongkorn University

seLife
จากณัฏฐ์ประกันชีวิต

ผ่าน
LINE
OA

ขั้นตอนแจ้งเคลมประกันกลุ่ม



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

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

ผ่าน HR



นำส่งเอกสารการเคลมที่ HR และ HR จะดำเนินการรวบรวมนำส่ง บมจ.อาคณัฏฐ์ประกันชีวิต เพื่อดำเนินการต่อไป

ข้อมูลการให้บริการ



- สถานพยาบาลคู่สัญญาในเครือข่าย 533 แห่ง ครอบคลุมทั่วประเทศ
- ศูนย์บริการดูแลลูกค้า โทร 02 255 5656 แจ้งว่า “ประกันกลุ่มจุฬาฯ”
- 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

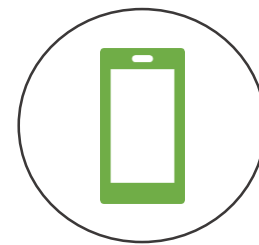
ไม่จำกัดเวลา
ในการคุย

4 ขั้นตอน เริ่มใช้งาน Health at Work

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

seLife สุขได้กับทุกการเปลี่ยนแปลง
จากณัฏฐ์ประกันชีวิต

☎ 0 2255 5656



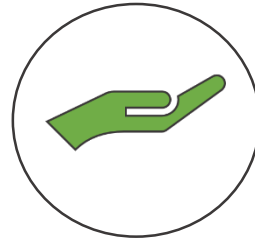
ไม่ต้องโหลดแอป
ใช้งานผ่าน Line
Application



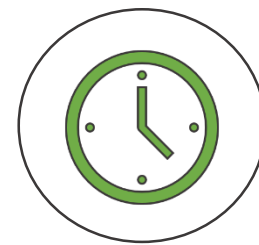
บริการครอบคลุมทั่วประเทศ
เป็นพันธมิตรกับร้านยา Pure
Pharmacy, Fascino, Bangkok
Drugstore



ปรึกษาได้ทันที



บริการ 7 วัน
7:00 – 23:00 น.



ไม่จำกัดเวลาคุย



ความพึงพอใจผู้ใช้งานที่ 98%

Contact Person ผลิตภัณฑ์ประกันชีวิตกลุ่ม



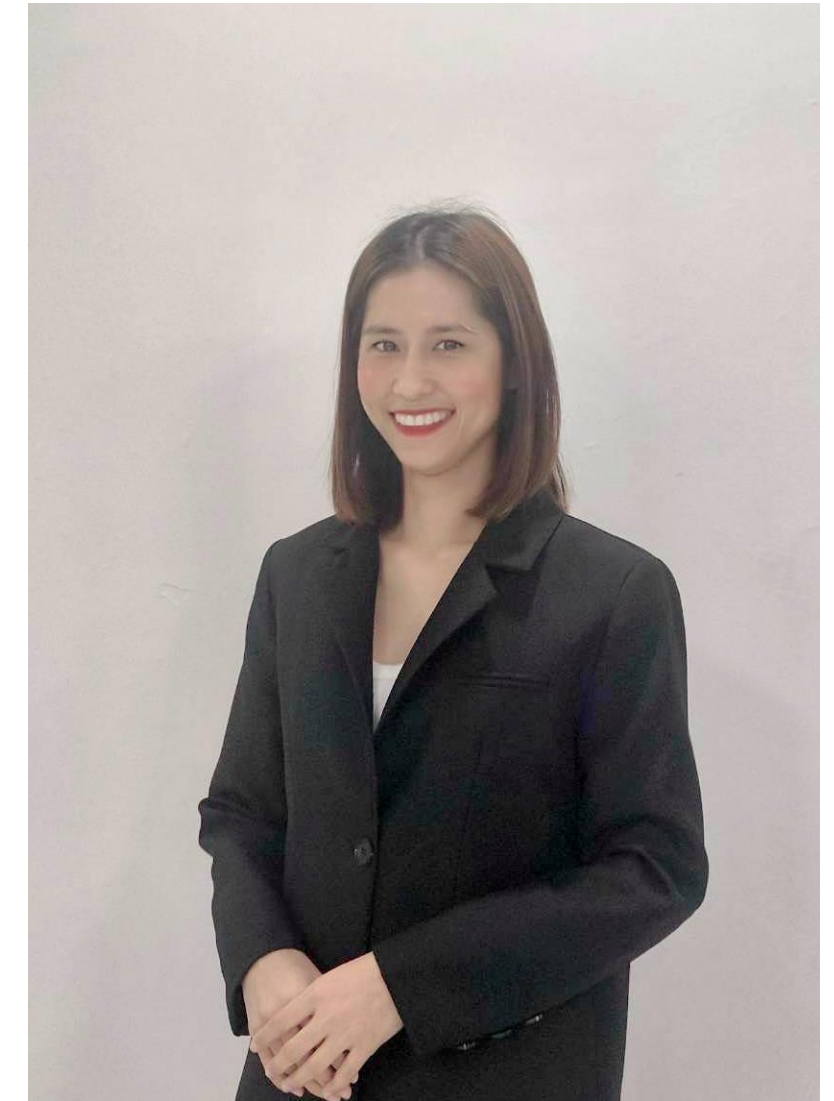
คุณกัญญาพัชร พุกกัน(เหมียว)
ผู้จัดการ
098-257-4754



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 ชิงอมรเกียรติ(นล)
ผู้จัดการ
098-257-4756



คุณธันว์รินทร์ รัตนากฤษ(ยุย)
ผู้ช่วยผู้จัดการ
098-257-4751

สุขได้กับการเปลี่ยนแปลง

