



นายประเสริฐ เสียงดี

สำนักงาน เอไอเอ. ลำปาง (สุขสวัสดิ์)

120 ถ.บุปเปรีไธเวย์ ต.พระบาท อ.เมือง จ.ลำปาง 52000 โทร. 081 884 1388 , 086 587 4811

วิทยาลัยสารพัดช่างลำปาง
วันที่
วันที่ ๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕
เวลา ๑๑.๔๐ น.

วันที่ 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

เรื่อง การประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มสำหรับนักเรียน และนักศึกษา ปีการศึกษา 2565

เรียน ผู้อำนวยการ วิทยาลัยสารพัดช่าง ลำปาง

สิ่งที่ส่งมาด้วย : 1. แผนประกันภัย “Student Care”

2. ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่ม (สำหรับผู้ถือกรมธรรม์)
3. ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มสำหรับผู้ขอเอาประกันภัยรายบุคคล
4. แบบฟอร์มลงทะเบียนผู้แจ้งข้อมูลผู้ติดต่อและสมัครใช้บริการอิเล็กทรอนิกส์

ด้วยสถานการณ์ด้านการประกันภัย มีความเสียหายจากการรับประกันภัย COVID-19 แบบเจอจ่ายจบ ทำให้หลายบริษัทได้ยื่นขอยกเลิกกิจการกับสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) จึงมีผลกระทบต่อการรับประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มนักเรียน/นักศึกษา ในปีการศึกษา 2565 อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ บริษัท เอไอเอ จำกัด บริษัทอันดับหนึ่งของประเทศ มีความยินดีที่จะเสนอแผนการรับประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม สำหรับนักเรียน และนักศึกษา ในปีการศึกษา 2565 ให้กับสถานศึกษาของท่าน ด้วยแผนประกันภัยที่สอดคล้องกับทุนประกันภัยเดิม หรือเบี้ยประกันภัยเดิม และอาจเลือกแผนประกันภัยอื่นๆดังรายละเอียดแนบมาพร้อมนี้ โดยสถานศึกษาสามารถเลือกแบบมีบัตร Student Care Plus Card ซึ่งสามารถเข้ารักษาพยาบาลอันเนื่องจากอุบัติเหตุได้ทุกโรงพยาบาลกว่า 400 แห่งทั่วประเทศ โดยไม่ต้องสำรองเงินจ่ายสำหรับจังหวัดลำปาง มีโรงพยาบาลเขลางค์นคร-ราม ลำปาง และ โรงพยาบาลลำปาง

ทั้งนี้หากท่านมีข้อสงสัย หรือต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อตัวแทนบริการ

นายประเสริฐ เสียงดี โทร. 081 884 1388 และ 086 587 4811

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ส.พ. ผู้อำนวยการ
ด้วย ม.๖๐๒๐๑.ลำปาง ๒๕๖๕
ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม
ผู้ประกัน ม.๖๐๒๐๑.ลำปาง ๒๕๖๕
เพื่อไปจัดทำ
๒๑ ก.พ. ๒๕๖๕

เรียน ผู้อำนวยการ

๑. เสือโปรอทอม

๒. อดิสร มอรรธอง ๑๗.

๒๑ ก.พ. ๒๕๖๕

ขอแสดงความนับถือ

(นายประเสริฐ เสียงดี)
ตัวแทนหน่วยทองเทวี 2

1. ม.ว.
2. อดิสร ๑๗.



HEALTHIER, LONGER,
BETTER LIVES

Student Care

ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม สำหรับนักเรียน และนักศึกษา

สร้างความอุ่นใจให้ผู้ปกครอง

เพื่อส่งเสริมให้นักเรียน นักศึกษาของท่านได้เรียนรู้

และสนุกกับการใช้ชีวิตในวัยเรียนได้อย่างเต็มที่

ความคุ้มครอง | ให้ความคุ้มครอง 24 ชั่วโมง ทั้งในและนอกสถานศึกษา

จ่ายเงินทดแทน
2 เท่า
ของจำนวนเงิน
เอาประกันภัย
อุบัติเหตุ

หากผู้เอาประกันภัยได้รับความ
สูญเสียในขณะที่กำลังโดยสาร
ในยานพาหนะสาธารณะขนส่ง
ทางบกหรืออยู่ในลิฟต์โดยสาร
(ยกเว้นลิฟต์ที่ใช้ในเหมืองแร่
หรือ สถานที่ก่อสร้าง) หรือ
บาดเจ็บหรือเสียชีวิตเพราะอยู่ใน
โรงแรมหรือรีสอร์ท หรือ
อาคารสาธารณะในขณะที่
เริ่มไฟไหม้

จ่ายเงินทดแทน
100%
ของจำนวนเงินเอาประกันภัย
อุบัติเหตุ กรณี
เสียชีวิตขณะขับขี่
หรือ ช้อนท้ายรถ
จักรยานยนต์

จ่ายเงินทดแทน
100%
ของจำนวนเงินเอาประกันภัย
อุบัติเหตุ กรณี
ถูกฆาตกรรมหรือ
ถูกทำร้ายร่างกาย

คุ้มครองกรณี
สูญเสียอวัยวะ
เนื่องจากอุบัติเหตุ
เช่น มือ/เท้า นิ้วมือ/นิ้วเท้า
สายตา/ความสามารถ
ในการได้ยินตามสัดส่วน
ที่ระบุไว้ในกรมธรรม์

คุ้มครองค่ารักษา
พยาบาลเนื่องจาก
อุบัติเหตุ กรณีที่ได้รับ
บาดเจ็บเนื่องจากอุบัติเหตุ
และเข้ารับการรักษาพยาบาล
ในสถานพยาบาล ภายใน
52 สัปดาห์ นับแต่วันที่เกิด
อุบัติเหตุตามความจำเป็น
ทางการแพทย์และมาตรฐาน
ทางการแพทย์
(เฉพาะแบบประกัน Student Care Plus)

STUDENT CARE BASIC

ไม่มีค่ารักษาพยาบาล (without AME)

ผลประโยชน์ / ความคุ้มครอง		IIWU 1	IIWU 2	IIWU 3	IIWU 4	IIWU 5	IIWU 6	IIWU 7	IIWU 8
เสียชีวิตทั้งกรณีเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ (Life)		1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
การประกันภัยอุบัติเหตุแบบคอนติเนนตัล (AD&D Continental)		90,000	120,000	150,000	180,000	210,000	240,000	270,000	300,000
เบี้ยประกันภัยรวม ต่อคนต่อปี	นักเรียน นักศึกษา ตั้งแต่อนุบาลศึกษา ถึงมหาวิทยาลัย รวมถึงครู อาจารย์ บุคลากรของสถานศึกษา	105	140	170	205	240	270	305	335

STUDENT CARE PLUS

มีค่ารักษาพยาบาล (with AME)

ผลประโยชน์ / ความคุ้มครอง		IIWU 1	IIWU 2	IIWU 3	IIWU 4	IIWU 5	IIWU 6	IIWU 7	IIWU 8
เสียชีวิตทั้งกรณีเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ (Life)		1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
การประกันภัยอุบัติเหตุแบบคอนติเนนตัล (AD&D Continental)		30,000	40,000	50,000	60,000	70,000	80,000	90,000	100,000
ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ (AME)		3,000	4,000	5,000	6,000	7,000	8,000	9,000	10,000
เบี้ยประกันชีวิต และอุบัติเหตุ ต่อคนต่อปี	นักเรียน นักศึกษา ตั้งแต่อนุบาลศึกษา ถึงมหาวิทยาลัย รวมถึงครู อาจารย์ บุคลากรของสถานศึกษา	40	50	60	75	85	95	105	115
(ไม่รวมเบี้ยประกันภัยสำหรับผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ (AME))									
เบี้ยประกันภัยรวม ต่อคนต่อปี	อนุบาลศึกษา / ประถมศึกษา	135	180	220	265	310	350	390	430
	มัธยมศึกษาตอนต้น / ตอนปลาย	185	240	295	360	415	475	530	585
	วิทยาลัยพาณิชย / มหาวิทยาลัย	135	180	220	265	310	350	390	430
	ครู อาจารย์ บุคลากรของสถานศึกษา	135	180	220	265	310	350	390	430

• เอไอเอขอสงวนสิทธิ์ในการรับประกันภัย และปรับปรุงเบี้ยประกันภัยตามกฎเกณฑ์ที่เอไอเอกำหนด ณ วันครบรอบปีกรมธรรม์ใด ๆ โดยจะทำการคำนวณแจ้งให้ผู้ถือกรมธรรม์รับทราบล่วงหน้าอย่างน้อย 31 วัน ก่อนวันครบรอบปีกรมธรรม์
• เบี้ยประกันภัย AME ต่อคนต่อปี = เบี้ยประกันภัยรวมต่อคนต่อปี - เบี้ยประกันชีวิตและอุบัติเหตุต่อคนต่อปี

หมายเหตุ: • Student Care ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มสำหรับนักเรียนและนักศึกษา เป็นชื่อทางการตลาดของกรมธรรม์ประกันชีวิตกลุ่มแบบชั่วระยะเวลา สัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์แบบกรมธรรม์และสูญเสียอวัยวะเนื่องจากอุบัติเหตุกลุ่มแบบคอนติเนนตัล และบันทึกข้อตกลงเกี่ยวกับผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ • ผู้เอาประกันภัยควรศึกษาและทำความเข้าใจในเอกสารเสนอขายก่อนตัดสินใจทำประกันภัย เมื่อได้รับกรมธรรม์และ/หรือหนังสือรับรองการประกันภัยกลุ่มแล้ว โปรดศึกษารายละเอียด ข้อกำหนดและเงื่อนไขของกรมธรรม์ รวมทั้งข้อยกเว้นไม่คุ้มครองในกรมธรรม์และ/หรือหนังสือรับรองการประกันภัยกลุ่ม ที่ออกให้กับผู้ถือกรมธรรม์และ/หรือผู้เอาประกันภัย



Student Care

การเลือกแผนประกันภัย

- **นักเรียน นักศึกษา** ในระดับชั้นศึกษาเดียวกันจะต้องสมัครแผนประกันภัยเดียวกัน (ระดับอนุบาลศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย วิทยาลัยพาณิชย และมหาวิทยาลัย)
- **ครู อาจารย์ และบุคลากรของสถานศึกษา** สามารถสมัครแผนประกันภัยที่แตกต่างจากนักเรียน นักศึกษาได้โดยจะต้องสมัครภายใต้แผนประกันภัยเดียวกัน

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิเข้าร่วมการประกันภัย

- สถานศึกษาที่มีจำนวนนักเรียน นักศึกษาสมัครเข้าร่วมทำประกันภัยตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป
 - นักเรียน นักศึกษาในสถานศึกษา ระดับชั้นอนุบาลศึกษาขึ้นไป
 - ครู อาจารย์ และบุคลากรของสถานศึกษาที่มีสิทธิจะต้องเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาที่ย้ายไม่เกิน 74 ปี
- ในวันที่ความคุ้มครองตามกรมธรรม์มีผลบังคับ และสามารถต่ออายุความคุ้มครองถึงอายุ 75 ปี

หลักเกณฑ์และเอกสารสำหรับการเข้าร่วมการประกันภัย

- ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่ม จะต้องระบุข้อมูลและลงนามโดยผู้มีอำนาจลงนามที่แท้จริงของผู้ถือกรมธรรม์ ตามแบบฟอร์มของเอไอเอ พร้อมประทับตราของหน่วยงาน/สถานศึกษา (ถ้ามี)
- ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มสำหรับผู้ขอเอาประกันภัยรายบุคคล จะต้องระบุข้อมูลและลงนามโดยผู้มีอำนาจลงนามที่แท้จริงของผู้ถือกรมธรรม์ พร้อมส่งไฟล์รายชื่อในรูปแบบ Excel file ตามแบบฟอร์มของเอไอเอ โดยจะต้องระบุข้อมูลวันเดือนปีเกิดและเลขที่บัตรประชาชนหรือเลขที่หนังสือเดินทางของผู้ขอเอาประกันภัยผ่านทางอีเมลที่ Th.CS-StudentCare@aia.com
- สำเนาหนังสือจัดตั้งสถานศึกษา หรือหนังสือแสดงความจำนงในการทำประกันภัย (สำหรับหน่วยงานราชการ) หรือหนังสือรับรองบริษัทที่ออกโดยกรมพัฒนาธุรกิจการค้าไม่เกิน 3 เดือนนับจากวันที่ออกหนังสือรับรองบริษัท หรือหนังสือมอบอำนาจที่ระบุผู้มีอำนาจลงนามผูกพัน และสำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือสำเนาบัตรประชาชนของผู้ลงนาม ทั้งนี้ เอกสารทั้งหมดจะต้องลงนามโดยผู้มีอำนาจลงนามที่แท้จริง พร้อมประทับตราของหน่วยงาน/สถานศึกษา (ถ้ามี)
- แบบฟอร์มลงทะเบียนผู้แจ้งข้อมูลผู้ติดต่อและสมัครใช้บริการอิเล็กทรอนิกส์ และลงนามโดยผู้มีอำนาจลงนามที่แท้จริงของผู้ถือกรมธรรม์
- วันที่เริ่มมีผลบังคับตามกรมธรรม์ประกันภัยจะเป็นวันถัดไป หลังจากที่ได้รับเอกสารประกอบการสมัครครบถ้วน และอนุมัติการรับประกันภัยแล้ว
- กรณีที่สมาชิกเข้าร่วมทำประกันภัยระหว่างปีกรมธรรม์ วันที่เริ่มมีผลบังคับจะเป็นวันถัดไปหลังจากที่ได้รับเอกสารประกอบการสมัครครบถ้วน และอนุมัติการรับประกันภัยแล้ว
- เอไอเอขอสงวนสิทธิ์ในการขอข้อมูลหรือเอกสารใด ๆ เพิ่มเติมเพื่อใช้ในการพิจารณารับประกันภัย

ตัวอย่างข้อยกเว้นการรับประกันภัย

การประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มแบบคอนติเนนตัล (AD&D Continental)

เอไอเอ ไม่คุ้มครองการเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ และทุพพลภาพ ซึ่งเกิดขึ้นโดยตรงหรือโดยอ้อม ทั้งหมดหรือบางส่วน เช่น

- การฆ่าตัวตายและการทำร้ายตนเอง หรือการพยายาม ที่จะกระทำการดังกล่าวไม่ว่าในขณะที่ทวิกลจริตหรือไม่ก็ตาม
- การเข้าร่วมการจลาจล สงครามกลางเมือง การประท้วงหรือการก่อการร้าย

ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ (AME)

เอไอเอ ไม่จ่ายผลประโยชน์สำหรับการตรวจรักษา ค่ารักษาพยาบาล หรือเงินเดือนต่อไปนี เช่น

- ขณะที่ผู้เอาประกันภัยเข้าร่วมทะเลาะวิวาท หรือมีส่วนช่วยให้เกิดการทะเลาะวิวาท
- ขณะที่ผู้เอาประกันภัยมีส่วนร่วมในป่า แข่งรถ หรือแข่งเรือทุกชนิด แข่งม้า เล่นหรือแข่งสกีทุกชนิด แข่งสเก็ต ขกมวย โดดร่ม (เว้นแต่การโดดร่มเพื่อรักษาชีวิต) ขณะกำลังขึ้นหรือลง หรือโดยสารอยู่ในบอลลูน หรือเครื่องร่อน เล่นบั้งจัมพ์ ปืนหรือโต้เขา ที่ต้องใช้เครื่องมือช่วย (เว้นแต่เพื่อรักษาชีวิต) ดำน้ำที่ต้องใช้ถังอากาศ และเครื่องช่วยหายใจได้น้ำ

หมายเหตุ: • Student Care ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มสำหรับนักเรียนและนักศึกษา เป็นชื่อทางการตลาดของกรมธรรม์ประกันชีวิตกลุ่มแบบชั่วระยะเวลา สัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์แบบรวมกรมและสูญเสียอวัยวะเนื่องจากอุบัติเหตุกลุ่มแบบคอนติเนนตัล และบันทึกหลักเกี่ยวกับผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ • ผู้ขอเอาประกันภัยควรศึกษาและทำความเข้าใจในเอกสารเสนอขายก่อนตัดสินใจทำประกันภัย เมื่อได้รับกรมธรรม์และ/หรือหนังสือรับรองการประกันภัยกลุ่มแล้ว โปรดศึกษารายละเอียด ข้อกำหนดและเงื่อนไขของความคุ้มครอง รวมทั้งข้อยกเว้นไม่คุ้มครองในกรมธรรม์และ/หรือหนังสือรับรองการประกันภัยกลุ่ม เพื่อออกให้กับผู้ถือกรมธรรม์และ/หรือผู้เอาประกันภัย





บริษัท เอไอเอ จำกัด

ฝ่ายประกันธุรกิจองค์กร ชั้น 18 เอไอเอ ทาวเวอร์ 2 เลขที่ 181 ถนนสุขุมวิท เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่ม

ข้าพเจ้าขอยื่นใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มเพื่อสมาชิกของ

ชื่อบริษัท / ห้างร้าน : (ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า "ผู้สมัคร")

ที่อยู่ :

โทรศัพท์ : ลักษณะธุรกิจ :

โดยเริ่มมีผลบังคับตั้งแต่วันที่ :

ขอสมัครแผนการประกันภัยให้แก่สมาชิก ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. สมาชิกและคุณสมบัติของสมาชิกผู้มีสิทธิเข้าร่วม -กรุณาดูใบแนบ-
2. การแบ่งประเภทและแผนการประกันภัย -กรุณาดูใบแนบ-
3. ผลประโยชน์ความคุ้มครอง -กรุณาดูใบแนบ-
4. ระยะเวลาการคอย กรณีสมาชิกเข้าใหม่ระหว่างปีกรมธรรม์และ/หรือ ณ วันครบรอบปีกรมธรรม์ ให้เริ่มความคุ้มครอง
วันถัดจากที่ เอไอเอ ได้รับหลักฐานการสมัครทำประกันภัยครบถ้วน และอนุมัติการรับประกันภัยแล้ว
5. เงื่อนไขการชำระเบี้ยประกันภัย รายปี เริ่มตั้งแต่วันที่ที่มีผลบังคับ
6. ความต้องการพิเศษ
☐ แบบสมาชิกไม่จ่ายเงินสมทบ ☐ แบบสมาชิกมีส่วนร่วมจ่ายเงินสมทบ ☒ แบบสมาชิกจ่ายเองทั้งหมดแบบสมัครใจ
☐ อื่นๆ
7. สมาชิกเหล่านี้เคยได้รับความคุ้มครองประกันภัยกลุ่มใดๆ โดยบริษัทประกันภัยอื่น หรือ เอไอเอ หรือไม่
ถ้าเคย โปรดระบุชื่อบริษัทประกันภัย
ถ้าการประกันภัยนั้นสิ้นสุดลงแล้ว โปรดระบุวันที่การประกันภัยนั้นสิ้นสุดลงแล้ว

ผู้สมัครตกลงด้วย ณ ที่นี้

- ก. จัดส่งข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสมาชิก หรือสมาชิกและผู้อยู่ในอุปการะตามที่บริษัทประกันภัยต้องการ ทั้งนี้เพื่อให้คำนวณเบี้ยประกันภัย
และผลประโยชน์
- ข. ถ้อยแถลง ข้อความ หรือ คำตอบใดๆ ในใบคำขอนี้ หรือ ในใบสมัครเข้าร่วมของสมาชิก การแก้ไขซึ่งได้ทำเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับการ
เปลี่ยนแปลงของสมาชิกในภายหลัง ถ้อยแถลง ข้อความ และคำตอบในแบบสอบถาม หรือ เอกสารอื่นใดที่ทำขึ้นอันเกี่ยวเนื่องกับใบคำขอ
สมัครนี้ และการประกันภัยของสมาชิกอันมีผลตามใบคำขอนี้ ข้อความและคำตอบที่ให้แก่แพทย์ผู้ตรวจวินิจฉัยของบริษัทประกันภัยจะ
ประกอบขึ้นเป็นส่วนของสัญญาโดยสมบูรณ์ และ ก่อให้เกิดนิติสัมพันธ์ระหว่างบริษัทประกันภัยและ ผู้สมัคร
- ค. กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มที่ได้ออกตามใบคำขอนี้ จะยังไม่มีผลจนกว่าจะได้ส่งมอบให้แก่ผู้สมัครแล้ว และเบี้ยประกันภัยครั้งแรกเต็มจำนวน
ได้ชำระให้บริษัทประกันภัยแล้ว

ทำ ณ

(ประทับตราบริษัท / ห้างร้าน)

วันที่

ชื่อนิติบุคคลของผู้สมัคร

()

พยาน

()

ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามและตำแหน่ง

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันชีวิตจะตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความจริงทุกข้อ การปกปิดความจริงหรือแถลงข้อความเป็นเท็จใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัท
ผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

บริษัท เอไอเอ จำกัด

ให้แนบไว้กับและถือเป็นส่วนหนึ่งของใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มของ

วันครบรอบปีกรมธรรม์ ทุกวันที่ ของแต่ละปี

สมาชิก หมายถึง นักเรียน นักศึกษาในสถานศึกษา หรือเด็กที่อยู่ในความดูแลของสถานรับเลี้ยงเด็ก ที่มีอายุตั้งแต่ 14 วันขึ้นไป

ครู อาจารย์ และบุคลากรของสถานศึกษาหรือสถานรับเลี้ยงเด็ก ที่ปฏิบัติงานโดยปกติตามหน้าที่เต็มเวลา ที่มีอายุไม่เกิน 75 ปี

คุณสมบัติของสมาชิกผู้มีสิทธิเข้าร่วมสมัครเอาประกันภัยกลุ่ม

1. สมาชิกที่เป็นนักเรียน นักศึกษาในสถานศึกษา หรือเด็กที่อยู่ในความดูแลของสถานรับเลี้ยงเด็ก ที่มีอายุตั้งแต่ 14 วันขึ้นไป
2. สมาชิกที่เป็นครู อาจารย์ และบุคลากรของสถานศึกษาหรือสถานรับเลี้ยงเด็ก จะต้องเป็นผู้ปฏิบัติงานอย่างแท้จริงโดยปกติตามหน้าที่เต็มเวลา และมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงก่อนที่จะมีสิทธิเข้าร่วมการประกันภัย และมีอายุไม่เกิน 74 ปี
3. สมาชิกที่เป็นครู อาจารย์ และบุคลากรของสถานศึกษาหรือสถานรับเลี้ยงเด็กซึ่งมิได้ปฏิบัติงานอย่างแท้จริง ในวันที่ตนอาจมีสิทธิเข้าร่วมการเอาประกันภัยตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้ ให้ถือว่าสมาชิคนั้นยังไม่มีสิทธิเข้าร่วมจนกว่าจะถึงวันที่กลับเข้าปฏิบัติงานโดยปกติ ตามหน้าที่เต็มเวลาโดยมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง
4. การสิ้นสุดการเป็นนักเรียน นักศึกษา หรือเด็กที่อยู่ในความดูแลของสถานรับเลี้ยงเด็ก ถือเป็นการสิ้นสุดสมาชิกภาพรวมทั้งการสิ้นสุดความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยสำหรับสมาชิคนั้น
5. การสิ้นสุดการเป็นครู อาจารย์ และบุคลากรของสถานศึกษาหรือสถานรับเลี้ยงเด็ก ถือเป็นการสิ้นสุดสมาชิกภาพรวมทั้งการสิ้นสุดความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยสำหรับสมาชิคนั้น เว้นแต่การสิ้นสุดการเป็นครู อาจารย์ และบุคลากรของสถานศึกษาหรือสถานรับเลี้ยงเด็ก เนื่องมาจากการเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บ ให้ถือว่าประกันภัยของสมาชิคนั้น ยังมีผลบังคับจนกว่าจะมีการชำระเบี้ยประกันภัยครั้งต่อไปสำหรับสมาชิคนั้น แต่ทั้งนี้ การมีผลบังคับดังกล่าวต้องไม่เกินระยะเวลา 6 เดือน นับจากวันที่สมาชิกหยุดปฏิบัติงานเนื่องจากการเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บ
6. สมาชิกซึ่งเข้าประจำการในกองทัพบก กองทัพเรือ หรือกองทัพอากาศเต็มเวลา จะขาดคุณสมบัติของการเป็นสมาชิกและความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้ถือเป็นอันสิ้นสุดตั้งแต่วันที่สมาชิกเข้าประจำการ
7. การประกันภัยของสมาชิกจะสิ้นสุดโดยอัตโนมัติ ในวันครบรอบปีกรมธรรม์ในปีที่สมาชิกมีอายุครบ 75 ปีบริบูรณ์
8. สมาชิกที่เป็นครู อาจารย์ และบุคลากรของสถานศึกษาหรือสถานรับเลี้ยงเด็ก ที่ปฏิบัติงานเฉพาะเวลาจะไม่มีสิทธิเข้าร่วมแผนการประกันภัย

ระยะเวลารอคอย กรณีสมาชิกเข้าใหม่ระหว่างปีกรมธรรม์และ/หรือ ณ วันครบรอบปีกรมธรรม์ ให้เริ่มความคุ้มครองวันถัดจากที่ เอไอเอ ได้รับหลักฐานการสมัครทำประกันภัยครบถ้วน และอนุมัติการรับประกันภัยแล้ว

ระยะเวลาที่ต้องใช้สิทธิเข้าร่วม -

ความต้องการพิเศษ

1. การเปลี่ยนแปลงประเภท แผนและวงเงินประกันภัยจะมีผลบังคับในวันครบรอบปีกรมธรรม์ของแต่ละปี
2. ขอสมัครใช้ บริการจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับสถานพยาบาลในเครือข่าย โดยจะแจ้งรายงานการลาออกของสมาชิกให้เอไอเอทราบในทันที โดยผู้ถือกรมธรรม์จะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอันเกิดจากการใช้บริการของสมาชิกที่สิ้นสุดสมาชิกภาพ เว้นแต่ เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นหลังจากได้แจ้งรายงานการสิ้นสุดสมาชิกภาพให้เอไอเอทราบแล้ว
3. การปรับปรุงเบี้ยประกันภัยในส่วนที่ยังมิได้ให้ความคุ้มครอง (ถ้ามี) จะคืนให้ภายใน 90 วัน สำหรับช่วงระยะเวลานับแต่วันที่การประกันภัยสิ้นสุด บังคับจนถึงวันที่บริษัทได้รับหนังสือแจ้งยกเลิกการประกันภัย
4. การปรับปรุงจำนวนเบี้ยประกันภัย (ถ้ามี) ให้กระทำรายเดือน เว้นแต่จะมีการตกลงกันไว้เป็นอย่างอื่น
5. ผู้รับประโยชน์ของครู อาจารย์ และบุคลากรของสถานศึกษาหรือสถานรับเลี้ยงเด็ก จะเป็นไปตามที่ระบุในใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มสำหรับผู้ขอเอาประกันภัยรายบุคคล
6. ผู้รับประโยชน์ของนักเรียน นักศึกษาจะเป็นบิดาและ/หรือมารดาและ/หรือผู้ปกครองโดยชอบธรรม หรือจะเป็นไปตามที่ระบุในใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มสำหรับผู้ขอเอาประกันภัยรายบุคคล
7. หนังสือรับรองการประกันภัยกลุ่ม ประสงค์รับหนังสือรับรองการประกันภัยกลุ่มในรูปแบบ ดังนี้

7.1 ☐ รับหนังสือรับรองการประกันภัยกลุ่มแบบอิเล็กทรอนิกส์

☐ ประสงค์ให้จัดส่งไปยังผู้สมัคร ผ่านช่องทางอีเมล.....(โปรดระบุอีเมล)

☐ ประสงค์ให้จัดส่งไปยังสมาชิก ตามรายละเอียดที่ผู้สมัครจัดส่งมายังเอไอเอ

7.2 ☐ รับหนังสือรับรองการประกันภัยกลุ่มแบบกระดาษ

การแบ่งประเภทและแผนการประกันภัย

ประเภท	แผนประกันภัย
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

ผลประโยชน์ความคุ้มครอง

☐ Student Care Basic : แบบไม่มีค่ารักษาพยาบาล (without AME)

ผลประโยชน์	แผนประกันภัย							
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 5	แผน 6	แผน 7	แผน 8
- วงเงินประกันชีวิต	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
- วงเงินประกันภัยอุบัติเหตุ (แบบคอนดิเนนทัล)	90,000	120,000	150,000	180,000	210,000	240,000	270,000	300,000

☐ Student Care Plus : แบบมีค่ารักษาพยาบาล (with AME)

ผลประโยชน์	แผนประกันภัย							
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 5	แผน 6	แผน 7	แผน 8
- วงเงินประกันชีวิต	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
- วงเงินประกันภัยอุบัติเหตุ (แบบคอนดิเนนทัล)	30,000	40,000	50,000	60,000	70,000	80,000	90,000	100,000
- ผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาล เนื่องจากอุบัติเหตุ	3,000	4,000	5,000	6,000	7,000	8,000	9,000	10,000

หมายเหตุ: ผลประโยชน์ความคุ้มครองเลือกเพียงแบบเดียวเท่านั้น

.....

()

พยาน

.....

()

ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามและตำแหน่ง
(ประทับตราบริษัท/ห้างร้าน)

วันที่



บริษัท เอไอเอ จำกัด

ฝ่ายประกันธุรกิจองค์กร ชั้น 18 เอไอเอ ทาวเวอร์ 2 เลขที่ 181 ถนนสุรวงศ์ เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มสำหรับผู้ขอเอาประกันภัยรายบุคคล
(สรุปรายชื่อสมาชิกในรูปแบบไฟล์ที่ระบุรายละเอียดครบถ้วน ตามรูปแบบด้านล่าง)

ชื่อผู้ถือกรมธรรม์..... ที่อยู่.....
เบอร์ติดต่อ..... วันเริ่มมีผลคุ้มครองของสมาชิก.....

แบบประกัน

- ☐ Student Care Basic: ไม่มีค่ารักษาพยาบาล (without AME)
☐ Student Care Plus: มีค่ารักษาพยาบาล (with AME)

รายชื่อสมาชิก

ลำดับ	รายชื่อสมาชิกผู้มีสิทธิเข้าร่วม			เพศ (ชาย/หญิง)	วันเกิด (ค.ศ.)			เลขที่บัตรประชาชน /เลขที่หนังสือเดินทาง	สัญชาติ	แผน ประกันภัย	จำนวนเงิน เอาประกันภัย	อาชีพ /ตำแหน่ง /ชั้นเรียน	ผู้รับประกันภัย	ความสัมพันธ์
	คำนำหน้าชื่อ	ชื่อ	นามสกุล		ดด	วว	ปปปป							
1														
2														
3														
4														

.....
()
ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามและตำแหน่ง

.....
()
ลายมือชื่อตัวแทนผู้บริการ

.....
วันที่ลงนาม

ชื่อตัวแทน..... รหัสตัวแทน..... หน่วย.....

รหัสหน่วย..... ใบอนุญาตเลขที่..... เบอร์ติดต่อ.....

หมายเหตุ: "ผู้ถือกรมธรรม์ขอรับรองว่า สมาชิกทุกคนที่จะเข้าร่วมกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มนี้ ให้ความยินยอมแก่ผู้ถือกรมธรรม์ในการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล (รวมถึงข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว) ให้แก่ บริษัท เอไอเอ จำกัด และกลุ่มบริษัท เอไอเอ (ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า "เอไอเอ") ตัวแทนประกันชีวิต นายหน้าประกันชีวิต เพื่อวัตถุประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับการรับประกันภัยกลุ่ม และสิทธิประโยชน์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประกันภัยกลุ่มเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ผู้ถือกรมธรรม์ รับทราบว่าเอไอเออาจเรียกให้ผู้ถือกรมธรรม์ส่งมอบหนังสือให้ความยินยอมของสมาชิกได้ และกรณีที่สมาชิกถอนความยินยอม ผู้ถือกรมธรรม์มีหน้าที่ต้องแจ้งให้เอไอเอทราบโดยไม่ชักช้าและผู้ถือกรมธรรม์ต้องช่วยอำนวยความสะดวกแก่เอไอเอในการติดต่อสมาชิก ทั้งนี้ ท่านสามารถศึกษารายละเอียดนโยบายข้อมูลส่วนบุคคลฉบับเต็มได้ที่ www.aia.co.th/privacy หรือสแกน QR code นี้"





แบบฟอร์มลงทะเบียนแจ้งข้อมูลผู้ติดต่อและสมัครใช้บริการอิเล็กทรอนิกส์

บริษัท เอไอเอ จำกัด (บริษัท) โดยฝ่ายประกันธุรกิจองค์กร ขอเชิญชวนท่านลงทะเบียนแจ้งข้อมูลของบุคคลที่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ติดต่อบริษัท และสมัครใช้บริการอิเล็กทรอนิกส์ของบริษัท เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลของลูกค้าจะได้รับการปกป้องเป็นอย่างดี และมีเฉพาะบุคคลที่ได้รับอนุญาตเท่านั้นจะสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ อีกทั้ง ลูกค้ายังจะได้รับความสะดวกและรวดเร็วในการเข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ อีกด้วย

ชื่อองค์กร(กรรมธรรมเลขที่.....) หมายเลขโทรศัพท์.....

ที่อยู่.....

ชื่อผู้ติดต่อบริษัท

ผู้ติดต่อบริษัท คือ ผู้ที่ได้รับมอบหมายจากองค์กร ให้รับส่ง หรือเข้าถึงข้อมูลต่างๆ อาทิ เช่น กรรมธรรม์ ใบแจ้งเบี่ยงประกันภัย รายชื่อสมาชิก ใบเสร็จรับเงิน บัตรสิทธิพิเศษประกันกลุ่ม ข้อมูลประกอบการต่ออายุกรรมธรรม์ และรายงานสินไหม ชำวสาร รวมถึงการเปลี่ยนแปลงปรับปรุงการให้บริการของบริษัท เป็นต้น

ชื่อผู้ติดต่อ สำหรับ ☐ ทุกสำนักงาน ☐ เฉพาะสำนักงาน*

ตำแหน่ง แผนก/ฝ่าย

อีเมล (ตัวพิมพ์ใหญ่) โทรศัพท์..... ต่อ.....

*กรณีเลือกเฉพาะสำนักงาน โปรดกรอกข้อมูลผู้ติดต่อของแต่ละสำนักงาน แยกสำนักงานละ 1 แผ่น และรวบรวมส่งมาในครั้งเดียวกัน

ขอใช้บริการรับใบแจ้งเบี่ยงประกันภัย (Premium Statement) และรายชื่อสมาชิก (Member List) ผ่านช่องทางอีเมล

ผู้ติดต่อบริษัทจะได้รับใบแจ้งเบี่ยงประกันภัยและรายชื่อสมาชิกเป็นไฟล์ PDF แนบในอีเมล ซึ่งเป็นรูปแบบเดียวกันกับใบแจ้งหนี้และรายชื่อสมาชิกที่จัดส่งทางไปรษณีย์ ทั้งนี้ บริการนี้จะช่วยอำนวยความสะดวกแก่ผู้ติดต่อบริษัท ซึ่งจะได้รับใบแจ้งเบี่ยงประกันภัยรวดเร็วยิ่งขึ้น หหมดกังวลเรื่องเอกสารล่าช้าหรือสูญหาย

☐ ต้องการสมัครรับบริการใบแจ้งเบี่ยงประกันภัย (Premium Statement) และรายชื่อสมาชิก (Member List) ผ่านช่องทางอีเมล

ขอใช้บริการ e-Benefit

e-Benefit คือแหล่งข้อมูลออนไลน์และบริการออนไลน์สำหรับการดำเนินงานด้านประกันกลุ่มของเอไอเอ ซึ่งท่านจะสามารถเข้าถึงข้อมูลของกรรมธรรม์ ใบแจ้งเบี่ยงประกันภัย รายชื่อสมาชิก และข้อมูลสินไหมของกรรมธรรม์ได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว

☐ ต้องการลงทะเบียนขอใช้บริการ e-Benefit

ข้อตกลง

1. ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้ติดต่อที่ระบุในเอกสารนี้เป็นผู้ติดต่อในนามขององค์กร
2. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าการใดที่บุคคลดังกล่าวข้างต้นได้กระทำไป ข้าพเจ้าขอถือเสมือนหนึ่งว่าข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำการนั้นด้วยตนเองทุกประการ
3. ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบทันทีหากมีการเปลี่ยนแปลงรายชื่อผู้ติดต่อหรือข้อมูลใดๆที่ระบุมาในเอกสารข้างต้นนี้
4. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลโดยไม่ชอบด้วยกฎหมายตาม พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล หากมีความเสียหายใดๆ เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากการกระทำของบุคคลดังกล่าวข้างต้นไม่มีผลกับเอไอเอ อันเกิดขึ้นจากการกระทำดังกล่าวทุกประการ

ลายมือชื่อ *(ผู้มีอำนาจกระทำการแทนนิติบุคคล)

ชื่อ/นามสกุล

ตำแหน่งวันที่.....(ว/ด/คศ)

หมายเหตุ: 1) โปรดส่งแบบฟอร์มฉบับนี้ไปที่ th.cs-admin@aia.com
2) กรณีมีการเปลี่ยนแปลงชื่อผู้ติดต่อ กรุณาติดต่อที่ th.cs-admin@aia.com
3) หากต้องการเปลี่ยนแปลงข้อมูลหรือยกเลิกบริการ e-Benefit ติดต่อ th.eb.services@aia.com
4) สามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ศูนย์บริการข้อมูลทางโทรศัพท์ (AIA Call Center) หมายเลขโทรศัพท์ 1581

คำรับรองสำหรับผู้ถือกรรมธรรม์

หนังสือรับรองการได้รับความยินยอมจากสมาชิกผู้เอาประกันภัย/ผู้อยู่ในอุปการะ

ทำที่ _____

วันที่ _____

บริษัท _____ (“บริษัท”) ขอรับรองว่า บริษัทได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับประกันภัยให้กับสมาชิกผู้เอาประกันภัย/ผู้อยู่ในอุปการะ รับทราบแล้ว และข้อมูลของสมาชิกผู้เอาประกันภัย/ผู้อยู่ในอุปการะที่ส่งให้ผู้รับประกันภัยและ/หรือนายหน้าประกันชีวิตเป็นข้อมูลที่ถูกต้องและได้รับความยินยอมจากสมาชิกผู้เอาประกันภัย/ผู้อยู่ในอุปการะก่อนการนำส่งข้อมูลให้กับผู้รับประกันภัย และ/หรือนายหน้าประกันชีวิตเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ดังนี้

1. สมาชิกผู้เอาประกันภัย/ผู้อยู่ในอุปการะ ยินยอมให้บริษัท และ/หรือนายหน้าประกันชีวิต เก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลอ่อนไหวของสมาชิกผู้เอาประกันภัย/ผู้อยู่ในอุปการะ เพื่อวัตถุประสงค์ในการทำประกันภัย การตรวจสอบสุขภาพการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน การปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ รวมถึงการใด ๆ อันเกี่ยวกับธุรกิจประกันภัย โดยการเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้รวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียง สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) บริษัทประกันภัย ตัวแทนประกันชีวิตหรือตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันชีวิตหรือนายหน้าประกันวินาศภัย บริษัทรับประกันภัยต่อ คู่ค้าหรือผู้ให้บริการของบุคคลดังกล่าว

2. สมาชิกผู้เอาประกันภัย/ผู้อยู่ในอุปการะ ยินยอมให้ผู้รับประกันภัย และ/หรือนายหน้าประกันชีวิต เก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลอ่อนไหวของสมาชิกผู้เอาประกันภัย/ผู้อยู่ในอุปการะ เพื่อวัตถุประสงค์ในการทำประกันภัย การตรวจสอบสุขภาพ การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน การปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ รวมถึงการใด ๆ อันเกี่ยวกับธุรกิจประกันภัย โดยการเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้รวมถึง แต่ไม่จำกัดเพียง สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ตัวแทนประกันชีวิตหรือตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันชีวิตหรือนายหน้าประกันวินาศภัย บริษัทรับประกันภัยต่อผู้ถือกรรมธรรม์ และคู่ค้าหรือผู้ให้บริการของบุคคลดังกล่าว

3. สมาชิกผู้เอาประกันภัย/ผู้อยู่ในอุปการะ ยินยอมให้แพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ หรือสถานพยาบาล หรือผู้รับประกันภัยอื่น หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีประวัติและ/หรือข้อมูลสุขภาพของสมาชิกผู้เอาประกันภัย/ผู้อยู่ในอุปการะ เปิดเผยข้อมูลอ่อนไหวให้แก่ผู้รับประกันภัยหรือผู้แทนของผู้รับประกันภัย และ/หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการทำประกันภัย หรือการพิจารณาสินไหมตามกรมธรรม์ประกันภัยได้

บริษัทตกลงว่าจะจัดการให้สมาชิกผู้เอาประกันภัย/ผู้อยู่ในอุปการะ ให้ความยินยอมเกี่ยวกับการเก็บรวบรวม ใช้หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลอ่อนไหวเพื่อการทำประกันภัยกลุ่ม ซึ่งบริษัทจะจัดเก็บหลักฐานความยินยอมของสมาชิกผู้เอาประกันภัย/ผู้อยู่ในอุปการะไว้ตลอดเวลา และสามารถให้สำเนาแก่ผู้รับประกันภัยและ/หรือนายหน้าประกันชีวิตได้เมื่อร้องขอ

ในกรณีที่สมาชิกถอนความยินยอม บริษัทมีหน้าที่ต้องแจ้งให้ ผู้รับประกันภัยและ/หรือนายหน้าประกันชีวิตทราบ โดยไม่ชักช้า และบริษัทต้องช่วยอำนวยความสะดวกแก่ผู้รับประกันภัยและ/หรือนายหน้าประกันชีวิตในการติดต่อสมาชิกผู้เอา ประกันภัย/ผู้อยู่ในอุปการะ และแจ้งให้สมาชิกผู้เอาประกันภัย/ผู้อยู่ในอุปการะทราบว่า การเพิกถอนความยินยอมนี้อาจจะส่งผล ให้ผู้รับประกันภัยไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่หรือภาระผูกพันที่มีต่อสมาชิกผู้เอาประกันภัย/ผู้อยู่ในอุปการะ ตามกรมธรรม์ทั้งหมดหรือ บางส่วนได้

บริษัทจะรับผิดชอบตามกฎหมายต่อนายหน้าประกันชีวิต และ/หรือผู้รับประกันภัย หากบริษัทดำเนินการใดที่เป็น การขัดหรือแย้งกับคำรับรอง และ/หรือกฎหมายดังกล่าว

ลงชื่อ _____ กรรมการผู้มีอำนาจ / ผู้รับมอบอำนาจ

(_____)

บริษัท _____

วันที่ _____



CA03

(หัวกระดาษตราครุฑ)

วันที่

เรื่อง ขอแสดงความจำนงในการทำประกัน

เรียน ฝ่ายประกันธุรกิจองค์กร
บริษัท เอไอเอ จำกัด

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....มีความประสงค์
สมัครทำประกันอุบัติเหตุประกันนักเรียน และบุคลากร ของโรงเรียน
กับบริษัท เอไอเอ จำกัด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการ

ชื่อ

ตำแหน่ง

หนังสือมอบอำนาจช่วง

ติดอากร
แสตมป์
30 บาท

เขียนที่

วันที่

ข้าพเจ้า.....เป็นผู้ถือกรรมสิทธิ์เลขที่.....
โดย นาย/นาง/นางสาว.....ถือบัตรประจำตัวประชาชน/บัตร
ข้าราชการเลขที่.....ผู้มีอำนาจกระทำการในนามของผู้ถือกรรมสิทธิ์ตามหนังสือแต่งตั้ง/
หนังสือมอบอำนาจเลขที่..... (ต่อไปนี้จะเรียกว่า "ผู้มอบอำนาจ")

ขอมอบอำนาจช่วงให้ นาย/นาง/นางสาว.....
ตำแหน่ง.....ถือบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรข้าราชการเลขที่
..... (ต่อไปนี้จะเรียกว่า "ผู้รับมอบอำนาจ")

เป็นผู้มีอำนาจดำเนินการแทนผู้มอบอำนาจในการดำเนินการดังนี้

1. ติดต่อบริษัทรับเงินค่าสินไหมทดแทน หรือ ค่าเบี้ยประกันภัยคิน ภายใต้ หรือ ที่เกี่ยวข้องกับกรรมสิทธิ์
ประกันภัย ในนามของผู้มอบอำนาจ หรือ
2. ยื่นเอกสารใด ๆ แก่ขอ เพิ่มเติม ลงนามในเอกสารใด ๆ หรือกระทำการอื่นใดอันจำเป็นเนื่องเกี่ยวกับการ
ดังกล่าวข้างต้นจนเสร็จการ

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายใต้ขอบวัตถุประสงค์ดังกล่าวข้างต้นนี้ ผู้มอบอำนาจขอถือเสมือน
หนึ่งว่าผู้มอบอำนาจเป็นผู้กระทำการนั้นด้วยตนเองทุกประการ และเพื่อเป็นหลักฐานแก่การดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้
เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ณ วัน เดือน ปี ที่ระบุไว้ข้างต้น

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

โปรดแนบเอกสารดังต่อไปนี้

- 1) สำเนาบัตรข้าราชการผู้มอบอำนาจที่ลงนามรับรองความถูกต้องของเอกสาร (กรณีที่ไม่สำเนาบัตรข้าราชการไม่ได้ระบุว่าเป็นผู้มีอำนาจกระทำการใน
นามจึงเรียนภายใต้การกำกับดูแลของรัฐ ให้แสดงเอกสารประกอบเพิ่มเติม เช่น หนังสือแต่งตั้ง)
- 2) กรณีเป็นโรงเรียนเอกชนให้แสดงหนังสือมอบอำนาจกระทำการในนามผู้ถือกรรมสิทธิ์และแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- 3) สำเนาบัตรข้าราชการ หรือ สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจที่ลงนามรับรองความถูกต้องของเอกสาร
- 4) กรณีประสงค์ขอรับเงินผ่านบัญชีธนาคาร กรุณานำแนบสำเนาสมุดบัญชีธนาคารชื่อบัญชีผู้รับมอบอำนาจ ที่ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

เอกสารประกันภัยอุบัติเหตุ

สำหรับนักเรียน ปี 2565

บริษัท เอไอเอ จำกัด