

สำหรับ Group Quotation	
Duplicate Checking	
<input type="checkbox"/>	File Register
<input type="checkbox"/>	Inquiry Group
<input type="checkbox"/>	AS 400

แบบฟอร์มรายละเอียดข้อมูลเพื่อขอข้อเสนอประกันภัยกลุ่ม

* 1 ชื่อองค์กร/บริษัท/สถานประกอบการ
 ชื่อบริษัทในเครือ

* 2 สถานที่ตั้งสำนักงานใหญ่ จังหวัด
 สถานที่ตั้งโรงงาน/สาขาบริษัทในเครือ จังหวัด

* 3 ลักษณะกิจการ/ประเภทธุรกิจ (ระบุลักษณะธุรกิจ เช่น ผลิตภัณฑ์ กลุ่มคนที่จะให้ความคุ้มครอง ให้ชัดเจน เช่น เกี่ยวกับสารเคมี : สารประเภทไหน ,ผลิตภัณฑ์ส่วนรถยนต์ : ชิ้นส่วนอะไร เป็นต้น)

บริษัทแม่
 บริษัทในเครือ

4 บุคคลที่ติดต่อ ตำแหน่ง โทรศัพท์ แฟกซ์ E-mail :

* 5 จำนวนพนักงาน (ผู้ขอเอาประกันภัย) ทั้งหมด คน

5.1 พนักงาน

- พนักงานปฏิบัติงานในสำนักงาน	<input type="text"/> คน	- พนักงานฝ่ายขาย/ปฏิบัติงานนอกสำนักงาน	<input type="text"/> คน
- พนักงานฝ่ายผลิต	<input type="text"/> คน	- พนักงานขับรถจักรยานยนต์ในหน้าที่	<input type="text"/> คน
- พนักงานขับรถบรรทุกในหน้าที่	<input type="text"/> คน	- อื่นๆ (ระบุเพิ่มเติม)	<input type="text"/> คน

5.2 ผู้สมรสและบุตร ท่านประกัน ไม่ท่านประกัน

* 6 ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

6.1 สำหรับพนักงาน องค์กรทั้งหมด / Compulsory องค์กรร่วมกับพนักงาน / Voluntary พนักงานทั้งหมด / Voluntary

6.2 สำหรับผู้สมรส/บุตร องค์กรทั้งหมด / Compulsory องค์กรร่วมกับพนักงาน / Voluntary พนักงานทั้งหมด / Voluntary

* 7 วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย รายปี 6 เดือน 3 เดือน 1 เดือน

* 8 ความคุ้มครองที่ต้องการให้ออกข้อเสนอ

8.1 สำหรับพนักงาน

<input type="checkbox"/> คุ้มครองมีประกันชีวิตกลุ่ม (Life)	<input type="checkbox"/> สัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองอุบัติเหตุกลุ่มแบบ อ 2.1 ก (RADD2.1ก.)	<input type="checkbox"/> สัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองอุบัติเหตุกลุ่มแบบ อ 2.3 ก (RADD2.3 ก.)
<input type="checkbox"/> บันทึกสลิทหลังคุ้มครองทุพพลภาพการสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ (EATPD)	<input type="checkbox"/> บันทึกสลิทหลังคุ้มครองการถูกฆาตกรรม (EMA)	<input type="checkbox"/> บันทึกสลิทหลังคุ้มครองงลาจล (ERIOET)
<input type="checkbox"/> สัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุ (RME)	<input type="checkbox"/> สัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองทุพพลภาพการสิ้นเชิง (เจ็บป่วย / อุบัติเหตุ) (RTPD)	
<input type="checkbox"/> สัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองสุขภาพกลุ่ม (RIPD)	<input type="checkbox"/> บันทึกสลิทหลังคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลในฐานะผู้ป่วยนอก (EOPD)	
<input type="checkbox"/> สัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองทันตกรรม (RDental)	<input type="checkbox"/> บันทึกสลิทหลังคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกต่อเนื่องจากผู้ป่วยใน (EOPD Follow up)	
<input type="checkbox"/> บันทึกสลิทหลังคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง (EMME)	<input type="checkbox"/> บันทึกสลิทหลังคุ้มครองการตรวจทางห้องทดลองในฐานะผู้ป่วยนอก (EX-Ray)	
<input type="checkbox"/> คุ้มครองมีประกันอุบัติเหตุกลุ่ม (อบ.1) (PA1) (คุ้มครองเสียชีวิต เช่น ซา สาขต)	<input type="checkbox"/> คุ้มครองมีประกันอุบัติเหตุกลุ่ม (อบ.2) (PA2) (คุ้มครองเสียชีวิต เช่น ซา สาขต ฟัง ทูต)	
<input type="checkbox"/> คุ้มครองมีประกันอุบัติเหตุกลุ่มเพิ่มเติมคุ้มครองค่ารักษาจากอุบัติเหตุ (ME)	<input type="checkbox"/> คุ้มครองการถูกฆาตกรรม (MA) <input type="text"/> %	
<input type="checkbox"/> คุ้มครองซบซึงจักรยานยนต์ (MC) <input type="text"/> %		

8.2 สำหรับผู้สมรสและบุตร จำนวนเงินเอาประกันภัย / ผลประโยชน์ให้ต่อชื่อ 10

* 9 หลักเกณฑ์การกำหนดแผนประกันภัย

แผนเดียวเหมือนกันทุกคน ตามระดับตำแหน่งของพนักงาน ตามช่วงเงินเดือนของพนักงาน

ตามช่วงอายุงานของพนักงาน ตามจำนวนท่าของเงินเดือน (เงินเดือนรวม บาทต่อเดือน)

* 10 จำนวนเงินเอาประกันภัย / ผลประโยชน์ที่ต้องการของแต่ละประกันภัย เงินเดือนค่าสุด * เงินเดือนสูงสุด บาท

แผน	หลักเกณฑ์กำหนดแผน	จำนวน				จำนวนเงินเอาประกันภัย		
		ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ประกันชีวิตกลุ่ม	ประกันอุบัติเหตุ	ประกันทุพพลภาพ
1								
2								
3								
4								
5								
6								

ผลประโยชน์ประกันสุขภาพ

แผน	ค่าห้อง 90 วัน	ค่าห้อง ICU 7 วัน	ค่ารักษา	ค่าผ่าตัด	ค่าปรึกษา	ค่าดูแล	อุบัติเหตุ	ผู้ป่วยนอก	ตรวจทาง	ค่ารักษาพยาบาล	ทันตกรรม / อื่น ๆ	รักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง	
				จ่ายจริง	แพทย์พิเศษ	โดยแพทย์	ฉุกเฉิน	ต่อครั้ง	ห้องทดลองต่อปี	จากอุบัติเหตุ	ไม่คุ้มครองการฟัน	80 : 20	
												MME	Deductible
1													
2													
3													
4													
5													
6													

11 เงินคืนตามประเภท (ER) ไม่มี มี

ระบุผลประโยชน์กรณีที่มีเงินคืนตามประเภท (ER)

<input type="checkbox"/> คุ้มครองมีประกันชีวิตกลุ่ม	<input type="checkbox"/> สัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองอุบัติเหตุกลุ่ม	<input type="checkbox"/> สัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองทุพพลภาพการสิ้นเชิง (เจ็บป่วย / อุบัติเหตุ)
<input type="checkbox"/> สัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองสุขภาพกลุ่ม	<input type="checkbox"/> สัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองทันตกรรม	<input type="checkbox"/> สัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุ

* 12 เคยทำประกันชีวิตกลุ่มหรือไม่ เคย ไม่เคย **ผู้สมรสและบุตรเคยทำประกันชีวิตกลุ่มหรือไม่** เคย ไม่เคย

12.1 ถ้าเคยโปรดให้รายละเอียดและข้อมูลตามแบบฟอร์ม Claim Experience

12.2 ถ้าไม่เคยทำประกันชีวิตกลุ่มให้ขอรายละเอียดการจัดสวัสดิการ และการเบิกจ่ายสวัสดิการตามแบบฟอร์ม Claim Experience **สำหรับกลุ่มใหญ่ 500 คนขึ้นไป**

13 ข้อมูลอื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์

* 14 ช่องทางจัดจำหน่าย

Agent Broker Direct Bancassurance Affinity Marketing Franchisee Business Partner

ชื่อ-สกุล ตัวแทน/Broker/Bancassurance/Affinity/Franchisee ตำแหน่ง หน่วยงาน สาขา

โทรศัพท์ ต่อ โทรศัพท์มือถือ E-mail : GM :

15 ขอข้อเสนอภายในวันที่ เดือน ปี เวลา น.

สำหรับเจ้าหน้าที่ AZAY

พนักงานผู้ส่งข้อมูล Dept: วันที่ เดือน ปี เวลา

ผู้รับเรื่อง Dept: วันที่ เดือน ปี เวลา

เลขที่ข้อเสนอ

หมายเหตุ - ข้อมูลหัวข้อ * เป็นข้อมูลที่ใช้ในการจัดทำข้อเสนอ

- ข้อมูลหัวข้อ * (Claim Experience) เป็นข้อมูลที่ใช้ในการกำหนดอัตราเบี้ยประกันภัยเพื่อแข่งขัน

กรณียกทำประกันภัยกลุ่ม โปรดให้ข้อมูลรายละเอียด Claim Experience



- 1 ทำไว้กับบริษัทประกันภัย
- * 2 วันเริ่มสัญญา วันที่ เดือน ปี
- 3 วันครบกำหนดสัญญา วันที่ เดือน ปี
- * 4 ความคุ้มครองที่ทำประกันภัยกลุ่มไว้ เหมือนกับที่ให้ออกข้อเสนอ ตามที่กำหนดไว้ด้านล่าง

4.1 สำหรับพนักงาน

- กรมธรรม์ประกันชีวิตกลุ่ม กลุ่มครองอุบัติเหตุกลุ่ม (กลุ่มครองเสียชีวิต แขน ขา สายตา) กลุ่มครองอุบัติเหตุกลุ่ม (กลุ่มครองเสียชีวิต แขน ขา สายตา ฟัง พูด)
- กลุ่มครองทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ กลุ่มครองการถูกฆาตกรรม กลุ่มครองจลาจล
- กลุ่มครองค่ารักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุ กลุ่มครองทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (เจ็บป่วย / อุบัติเหตุ)
- กลุ่มครองสุขภาพกลุ่ม กลุ่มครองค่ารักษาพยาบาลในฐานะผู้ป่วยนอก
- กลุ่มครองทันตกรรม กลุ่มครองค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกเนื่องจากผู้ป่วยใน
- กลุ่มครองค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง กลุ่มครองการตรวจทางห้องทดลองในฐานะผู้ป่วยนอก
- กรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุกลุ่ม (อน.1) (กลุ่มครองเสียชีวิต แขน ขา สายตา) กรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุกลุ่ม (อน.2) (กลุ่มครองเสียชีวิต แขน ขา สายตา ฟัง พูด)
- กรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุกลุ่มเพิ่มคุ้มครองค่ารักษาจากอุบัติเหตุ กลุ่มครองการถูกฆาตกรรม % กลุ่มครองขับขี่ยานยนต์ %

4.2 สำหรับคู่สมรสและบุตร

จำนวนเงินเอาประกันภัย / ผลประโยชน์ให้ดูที่ข้อ 6

- * 5 หลักเกณฑ์การกำหนดแผนประกันภัย เหมือนกับที่ให้ออกข้อเสนอ ตามที่กำหนดไว้ด้านล่าง
- แผนเดียวเหมือนกันทุกคน ตามระดับตำแหน่งของพนักงาน ตามช่วงเงินเดือนของพนักงาน
- ตามช่วงอายุงานของพนักงาน ตามจำนวนทำของเงินเดือน
- * 6 จำนวนเงินเอาประกันภัย / ผลประโยชน์ที่ทำประกันภัยกลุ่มไว้ เหมือนกับที่ให้ออกข้อเสนอ ตามที่กำหนดไว้ด้านล่าง

แผน	หลักเกณฑ์กำหนดแผน	จำนวนเงินเอาประกันภัย		
		ประกันชีวิตชีวิต	ประกันชีวิตอุบัติเหตุ	ประกันชีวิตทุพพลภาพ
1				
2				
3				
4				
5				
6				
อัตราเบี้ยประกันภัยปัจจุบัน/ทุน 1,000/ปี				
อัตราเบี้ยประกันภัยปีต่ออายุ/ทุน 1,000/ปี				

ผลประโยชน์ประกันสุขภาพ

แผน	ค่าห้อง/อาหาร/วัน	ค่าห้อง ICU	ค่ารักษา	ค่าผ่าตัด	ค่าปรึกษาแพทย์พิเศษ	ค่าดูแลโดยแพทย์	อุบัติเหตุฉุกเฉิน	ผู้ป่วยนอก	ตรวจทางห้องทดลอง	รักษาพยาบาล	ทันตกรรม / อื่น ๆ	รักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง	
												ต่อครั้ง	ต่อปี
1													
2													
3													
4													
5													
6													

- * 7 เงินคืนตามประเภท (ER) ไม่มี มี สูตร ER = % (% เบี้ยประกันภัย หัก จำนวนเงินสินไหมทดแทน)

ระบุผลประโยชน์กรณีที่มีเงินคืนตามประเภท (ER)

- กรมธรรม์ประกันชีวิตกลุ่ม กลุ่มครองอุบัติเหตุกลุ่ม กลุ่มครองทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (เจ็บป่วย / อุบัติเหตุ)
- กลุ่มครองสุขภาพกลุ่ม กลุ่มครองทันตกรรม กลุ่มครองค่ารักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุ

- * 8 ประเด็นการเรียกร้องสินไหม / ค่าใช้จ่ายสวัสดิการรักษายาบาลที่ผ่านมา

แนบรายงาน Claim จากบริษัทประกันภัยเดิม / สวัสดิการค่ารักษาพยาบาล แนบหนังสือแจ้งอัตราเบี้ยปีต่ออายุจากบริษัทประกันภัยเดิม

ช่วงระยะเวลา 3 ปี	เริ่มวันที่ ถึงวันที่		เริ่มวันที่ ถึงวันที่		เริ่มวันที่ ถึงวันที่	
 ถึง ถึง ถึง ถึง ถึง ถึง
จำนวนผู้เอาประกันภัย (คน)						
รายการ	จำนวนคน/ครั้ง	จำนวนเงินสินไหม	จำนวนคน/ครั้ง	จำนวนเงินสินไหม	จำนวนคน/ครั้ง	จำนวนเงินสินไหม
ประกันชีวิต						
ประกันอุบัติเหตุ						
ประกันทุพพลภาพ (เจ็บป่วย/อุบัติเหตุ)						
ประกันสุขภาพ(IPD)						
ประกันสุขภาพ(OPD)						
ประกันทำฟัน (Dental)						
ค่ารักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุ (ME)						
อื่น ๆ						

- * 9 กรณีไม่ยกทำประกันชีวิตกลุ่มมาก่อนแต่เป็นกลุ่มใหญ่ (500 คนขึ้นไป) โปรดขอรายละเอียดการจัดสวัสดิการ และการเบิกจ่ายสวัสดิการ โดยกรอกข้อมูลตามตารางข้างบน

สำหรับเจ้าหน้าที่ AZAY

พนักงานผู้ส่งข้อมูล Dept: วันที่ เดือน ปี เวลา

ผู้รับเรื่อง Dept: Group Operations วันที่ เดือน ปี เวลา

หมายเหตุ

- ข้อมูลหัวข้อ * (Claim Experience) เป็นข้อมูลที่ใช้ในการกำหนดอัตราเบี้ยประกันภัยเพื่อแข่งขัน