



บันทึกข้อความ

ส่วนกจดการทรัพยากรป่าไม้ที่ 4 (ภาค)
 รับเลขที่ ๑๗๓๙
 วันที่ ๒๖ ก.พ. ๒๕๖๐
 เวลา

ส่วนราชการ สำนักบริหารกลาง สำนักงานกฎหมาย โทร. ๐ ๘๔๕๗๑ ๔๙๗๙๙-๓ ที่ดิน ๕๐๑๙

ที่ ๗๙ ๑๙๙.๑/๒๗๙

วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

เรื่อง ขออนุญาตประชาสัมพันธ์และรับสมາชิกเพิ่ม “โครงการประกันชีวิตกลุ่มแบบสมัครใจ(LGV)”

เรียน รองอธิบดีกรมป่าไม้ทุกท่าน

ผู้ตรวจราชการกรมป่าไม้ทุกท่าน

ผู้อำนวยการสำนักทุกสำนัก

ผู้อำนวยการสำนักจัดการทรัพยากรป่าไม้ที่ ๑-๓๓

ผู้อำนวยการสำนักจัดการทรัพยากรป่าไม้สาขาทุกสาขา

ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร

หัวหน้ากลุ่มตรวจสอบภัยใน

ส่วนอำนวยการ
 รับเลขที่ ๗๖๐
 วันที่ ๒๖ ก.พ. ๒๕๖๐
 เวลา

ฝ่ายสารสนเทศ
 เลขที่ ๙ - ก.พ. ๖๐
 วันที่ ๙ ก.พ. ๒๕๖๐
 เวลา

สำนักบริหารกลาง ขอส่งสำเนาหนังสือ บริษัท เอไอเอ จำกัด ลงวันที่ ๘ ธันวาคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขออนุญาตประชาสัมพันธ์และรับสมາชิกเพิ่ม “โครงการประกันชีวิตกลุ่มแบบสมัครใจ(LGV)” จึงเรียนมา เพื่อโปรดทราบและประชาสัมพันธ์ให้ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และพนักงานราชการในสังกัดทราบโดยทั่วกัน

- สำนักกฎหมาย
 - สำนักการติดป่าไม้
 - สำนักการป่าไม้ชน
 - สำนักงบประมาณป่า
 - สำนักส่งเสริมการปลูกป่า
 - สำนักงบประมาณฯ
 - กองบริการและพัฒนาการป่าไม้
 - กองประเมินงานด้านน้ำจังหวัด
 - กองกฎหมาย
 - ศูนย์จัดการกล่าวป่าสงวน
- ลงวันที่ ๑๗ ๒๕๖๐

(พงษ์พากนก อุ่นบัญชี)

ผู้ตรวจราชการเชิงและบัญชีสำนักกฎหมาย

สำนักตรวจสอบภัยใน

- ฝ่ายบริหารทั่วไป
 - ฝ่ายการเงินและบัญชี
 - ฝ่ายพัสดุ
 - ฝ่ายแผนงานและงบประมาณ
 - ฝ่ายสารสนเทศ
 - ศูนย์บริการประชาชน
- ลงวันที่ ๑๗ ๒๕๖๐

เรื่องน ผล สลป. กท ๔ (๖๐)

- เสือปีรุกภายน
- สำนักบริหารกลางของรัฐ ราชสมบัติ

และรับสมุดกันเงิน “โครงการชุมชนชุมชนก่อสร้าง”

แบบสัมภารต์ (LSCV) นำเงินปีรุกภายน

และปีรุก ราชสมบัติ

- เห็นชอบ เนื่องในวันที่ ๑๗ มกราคม (๖๐)
- ปีรุกตั้งจาระฯ

น.๖๐ ๙/๒/๖๐

(นางสาวสุชาดา จันตะวงศ์)
เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา

บ.๘๘

๗.๗.๖๐

(นางสาวเดือนใจ ประทุมนรา)
หัวหน้าฝ่ายสารสนเทศ

๘/๙/๖๐

๗.๗.๖๐

(นายคมرز เครือข่าย)

ผู้อำนวยการส่วนอ้านวยการ

รับ Website

๘/๙/๖๐

บริษัทอีโอดิจิตอล
ภาคบุคคลก่อตั้ง 114 รหัสหน่วย 06290
ห้อง 2506-7 ชั้น 25 เลขที่ 182 ถนนสุรุวงค์ สีลม บางรัก กรุงเทพฯ 10500
โทร. 0-2344-3333 ต่อ 212506-7, 212556-7 สำนักงานใหญ่ 0-2236-8078 โทรสาร. 0-2236-8079
มือถือ 081-8195420, 085-8413617 E-mail address : taltra114@hotmail.com

ผู้เดินทางมาไทย
รับที่..... ๗๙๔.....
วันที่..... ๑๒ ต.ค. ๒๕๖๐

๒๓๗
๒๐ ต.ค. ๒๕๖๐

BLT 114 / PV กรมป่าไม้ 2559 - 09

วันที่ 8 ธันวาคม 2559

เรื่อง ขออนุญาตประธานาธิบดีและรับสมำชิกเพิ่ม

“โครงการประกันชีวิตกลุ่มแบบสมัครใจ(GLV)”

เรียนอธิบดี กรมป่าไม้

อ้างอิง กรมธรรม์เลขที่ GL 306361 มิย 2551

สิ่งที่ส่งมาด้วย

ต้องขออนุญาตประธานาธิบดีและรับสมัชิกเพิ่ม
เรียนที่..... ๔๖๘
วันที่..... ๒๐ ต.ค. ๒๕๖๐
เวลา.....

1. เอกสาร/ตรางผลประโยชน์ และใบสมัครของสมาชิกหลักและคู่สมรส พร้อมรายละเอียด โครงการ “โครงการประกันชีวิตกลุ่มแบบสมัครใจ (GLV)”

2. หนังสือแจ้งความจำนงขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มผ่านบัญชีธนาคาร ด้วยชลัษฐ์สกิการ

3. ใบอนุญาตการหักเงินเดือนเพื่อชำระเบี้ยประกัน

เช็คที่รับ..... ๗๐

หักที่รับ..... ๒๗ ต.ค. ๒๕๖๐

เวลา.....

ตามที่กรมป่าไม้ได้มอบความไว้วางใจทำประกันชีวิต

“โครงการสวัสดิการประกันกลุ่มแบบ “โครงการประกันชีวิตกลุ่มแบบสมัครใจ (GLV)””

ซึ่งเป็นโครงการค่อเนื่อง

ข้าพเจ้าได้รับอนุญาตให้ทำการประกันพันธ์รับสมัครสมาชิก โครงการนี้แต่เพียงผู้เดียว

เพื่อจัดเป็นโครงการสวัสดิการให้แก่ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พร้อมคู่สมรส
ซึ่งเป็นโครงการคุ้มครองชีวิต(GLV)

รวมทั้งประกันอุบัติเหตุและค่าชดเชยรายวันสำหรับการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ด้วยอัตราเบี้ยประกันภัยต่อ
ขณะปฏิบัติหน้าที่และนอกเวลาทำงาน ในปีที่ผ่านมา บริษัทฯ ได้จ่ายค่าเรียกร้องสินไหมทดแทน
สำหรับการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 10 รายและเสียชีวิต 1 ราย เป็นจำนวนเงิน 220,200 บาท
(สองแสนสองหมื่นสองร้อยบาทถ้วน)

พร้อมนี้

เพื่อความสะดวกในการขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์(สินไหม)โดยบริษัทจะโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร
จึงขอให้สมาชิกทุกรายทั้งสมาชิกเก่า(ที่ยังไม่เคยกรอกเอกสารนี้) และสมาชิกที่สมัครใหม่ทุกราย
กรอกรายละเอียดหนังสือแจ้งความจำนงขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มผ่านบัญชีธนาคาร(สี่
งที่ส่งมาด้วย 2.)ให้ครบถ้วนพร้อมพยาน 1 คน แบบสำเนาหน้าบัญชีธนาคารและเชื่อมรับรองสำเนาถูกต้อง
สมาชิกใหม่ส่งมาพร้อมใบสมัคร

...../ เอกสาร

เอกสาร ใบสมัครและ ใบยินยอมของกองคลัง สามารถถ่ายสำเนาได้(พร้อมเขียนพยาน 2 คน)
จะต้องแนบสำเนาบัตรประชาชน /

การสมัคร ให้คู่สมรสต้องแนบสำเนาทะเบียนสมรส(กรณี ไม่จดทะเบียนสมรสต้องแนบสำเนาทะเบียนบ้าน)
สำเนาเอกสารทุกฉบับต้องเขียนรับรองสำเนาถูกต้อง
ส่งไปรษณีย์EMS ไปที่.....

อุษณียา วิศิษฐ์สิน
450 หมู่บ้านชอนิเวน ซอย 6
ถนนประชาธิន แขวงคลอง化
เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10900

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณา และขอความอนุเคราะห์แจ้งเรียนหน่วยงาน ในสังกัดด้วย
ขอทราบข้อมูลเพิ่มเติม ตามที่ได้ระบุไว้

ด้วย ท่าน,
 นางสาว อรุณรัตน์ วิศิษฐ์สิน

- สำเนาบัตรประชาชน
 - หนังสือเดินทาง

๒๐ ม.๖๐

ขอแสดงความนับถือ

ท่าน ดร.อรุณรัตน์
 (พญ. อุษณียา วิศิษฐ์สิน)
 ผู้ประสานงานโครงการ

ณ ณ ณ

(นางสาวอรุณรัตน์ วิศิษฐ์สิน)
 ผู้รับราชการเงิน俸祿ชั้นนำ ตำแหน่งการเป็นเลข
 รักษาการการแทนผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักปลัดกระทรวง

ก ลงนาม (ลงชื่อ)

✓

(นายชาคริต พันธุ์วงศ์)

รองอธิบดีกรมป่าไม้

ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมป่าไม้

ลักษณะการทำงาน

ฝ่ายสารบธรรม

ฝ่ายแผนงานและประสานความร่วมมือ

ฝ่ายสนับสนุนการ

ลงชื่อ _____ พ.ศ.๒๕๖๘

๒๑-๑๙

(นางสาวอรุณรัตน์ วิศิษฐ์สิน)

ผู้อำนวยการสำนักบริหารกฎหมาย

(นางสาวอรุณรัตน์ วิศิษฐ์สิน)
 ผู้รับราชการเงิน俸祿ชั้นนำ ตำแหน่งการเป็นเลข
 รักษาการการแทนผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักบริหารกฎหมาย
 ลงชื่อ ดร. อรุณรัตน์ วิศิษฐ์สิน

เดือดແນນ

ແນນ 1

ແນນ 2

บริษัท เอไอเอ จำกัด

181 อาคารเอไอเอ ทาวเวอร์ ถนนสุรุวงค์ บางรัก กรุงเทพฯ 10500

ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่ม สำหรับสมาชิกผู้เอาประกันภัย

(สำหรับการประกันภัยกลุ่มแบบสมัครใจ)

ผู้ถือกรมธรรม์ (ชื่อองค์กร / กรม / บริษัท) กรมธรรม์เลขที่

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) นามสกุล เพศ อายุ ปี

วัน/เดือน/ปีเกิด บัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ

ส่วนสูง น้ำหนัก อาชีพ สังกัด (หน่วยงาน/บริษัท)

ฝ่าย/แผนก อีเมล จังหวัด

ผู้รับประโภช ความสัมพันธ์

ผู้รับประโภช ความสัมพันธ์

ผู้รับประโภช ความสัมพันธ์

ที่อยู่ปัจจุบัน หมายเลขโทรศัพท์

1 ท่านเคยได้รับการรักษา หรือ เคยได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ว่าท่านเป็น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคตับ โรคมะเร็ง หรือความไม่ปกติอื่นอย่างร้ายแรงหรือไม่ เคย ไม่เคย

2 ในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมาที่นี้ ท่านเคยเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บร้ายแรง หรือเคยปรึกษาแพทย์ หรือรับการรักษาตัวในโรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือคลินิกแพทย์ หรือได้รับคำแนะนำให้ทำการรักษาใดๆ ที่มิได้กล่าวไว้ข้างต้นหรือไม่ เคย ไม่เคย

3 ท่านเคยได้รับการผ่าตัด หรือ ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้ผ่าตัดเช่นว่านั้นหรือไม่ เคย ไม่เคย

4 ในคำขอเอาประกันชีวิต หรือการขอต่ออายุกรมธรรม์ประกันชีวิตใดๆของท่านเคยถูกปฏิเสธ หรือเพื่อเงื่อนไขในการพิจารณารับประกัน หรือเดือนการพิจารณา หรือเพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัยหรือไม่ เคย ไม่เคย

5 มีบุคคลในครอบครัวของท่านเคยเป็น วัณโรค เบาหวาน โรคหัวใจ หรือโรคทางจิตใจ หรือคู่สมรส ของท่านเคยเป็น โรคเอดส์ หรือตรวจพบว่ามีเลือดบางต่อ ไวรัสโรคเอดส์หรือไม่ เคย ไม่เคย

หมายเหตุ : ถ้าค่าตอบข้อ 1 - 5 เคยหรือไม่ โปรดระบุที่ปานั้นๆ และให้รายละเอียดว่าเป็นโรคอะไร รักษาตัวที่ไหน เมื่อใด ปัจจุบันหายดีหรือยัง หรือตรวจเช็คร่างกาย / ทานยาอยู่หรือไม่ และในกรณีที่ประสบอุบัติเหตุ กรุณาเขียนรายละเอียด (เช่น อาการคามเหล็กหรือไม่ / ถ้ามี เอ้าเหล็กออกหรือยัง)

ข้าพเจ้าขออภัยยืนยันว่าถ้อยแถลงหรือคำตอบข้างต้นเป็นข้อเท็จจริงที่เป็นความจริง นอกเหนือนี้ ข้าพเจ้าขออนุญาตแก่แพทย์ บุคคลอื่นใดซึ่งได้รับการรักษาข้าพเจ้า โรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือหน่วยงานอื่นใดที่มีบันทึกทางการแพทย์ หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย หรือ การได้รับบาดเจ็บของข้าพเจ้า มอบประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าให้แก่ บริษัท เอไอเอ จำกัด อนึ่ง ดำเนินภาพถ่ายของการมอบอำนาจนี้ให้มีผลสมบูรณ์ เช่นเดียวกับต้นฉบับ

นอกจากที่กล่าวข้างต้น ข้าพเจ้าไม่เคยทราบว่า เป็นหรือเคยรักษาเกี่ยวกับโรคเอดส์หรือมีเลือดบางต่อ ไวรัสโรคเอดส์แต่อย่างใด และ ข้าพเจ้าทราบดีว่าข้าพเจ้าป่วยเป็นโรคเอดส์หรือมีเลือดบางต่อ ไวรัสโรคเอดส์ บริษัทฯ จะไม่รับประกันชีวิตข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าขออภัยยืนยันให้หน่วยงานต้นสังกัดของข้าพเจ้า
หักเงินเดือนเพื่อชำระเบี้ยประกันภัยกลุ่ม

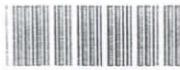
(ลายเซ็นชื่อสมาชิกผู้สมัคร)

(วันที่)

คำเตือนของล้านักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันชีวิตคงต้องทำตามความจริงทุกข้อ การปกปิดความจริงหรือแฉลงข้อความเป็นเท็จๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทฯ ที่รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าดิน ไวนท์แทนค่านัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแห่ง





A700

บริษัท เอไอเอ จำกัด

181 อาคารเอ็มโอ ทาวเวอร์ ถนนสุรัวงศ์ บางรัก กรุงเทพฯ 10500

ใบคำขอเอกสารกันภัยกลุ่ม สำหรับคู่สมรส

(สำหรับการประกันภัยกลุ่มแบบสมัครใจ)

สมำชิกหลัก ชื่อ - តំណើល

ใบรับรองเลขที่

ข้อมูลของคุ้มครอง

ข้าพเข้า (นาย/นาง/นางสาว)..... นามสกุล..... เอก..... อายุ..... ปี
 วัน / เดือน / ปีเกิด -- บัตรประชาชน / บัตรประจำการ -----
 ส่วนสูง น้ำหนัก วันที่สมรส อาชีพ
 สังกัด (หน่วยงาน, บริษัท) ฝ่าย / ตำแหน่ง
 คุณบประโภชน์ ความลับพันธ์
 ผู้รับประโภชน์ ความลับพันธ์
 ที่อยู่ปัจจุบัน หมายเลขอรหัสพท์

- 1 ท่านเคยได้รับการรักษา หรือ เคยได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ว่าท่านเป็น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน . โรคตับ โรคะเริง หรือความไม่ปกติอื่นของร่างกายแรงหรือไม่ เคย ไม่เคย

2 ในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมานี้ ท่านเคยเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บร้ายแรง หรือเคยป่วยแพทย์ หรือรับ การรักษาตัวในโรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือคลินิกแพทย์ หรือได้รับคำแนะนำให้ทำการรักษาใดๆ ที่มิได้กล่าวข้างต้นหรือไม่ เคย ไม่เคย

3 ท่านเคยได้รับการผ่าตัด หรือ ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้ผ่าตัด เช่น ว่านั้นหรือไม่ เคย ไม่เคย

4 ใบคำขอเอกสารประกันชีวิต หรือการขอต่ออายุกรมธรรม์ประกันชีวิตใหม่ของท่านเคยถูกปฏิเสธ หรือเพิ่ม เงื่อนไขในการพิจารณารับประกัน หรือเลื่อนการพิจารณา หรือเพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัยหรือไม่ เคย ไม่เคย

5 มีบุคคลในครอบครัวของท่านเคยเป็น วันโรค เบาหวาน โรคหัวใจ หรือโรคทางจิตใจ หรือคู่สมรส ของท่านเคยเป็น โรคเกดส์ หรือตัวพยาบาลว่าเป็นอีดูวนกต์ หรือส.โรคเกดส์เรื้อรัง เคย ไม่เคย

หมายเหตุ : ถ้าค่าตอบข้อที่ 1 – 5 เคยหรือไม่ ไปครรภ์น้ำนมขึ้นน้ำ และให้รักษาระดับอิ่มคัวปีนโทรศัพท์ไว้ รักษาความที่ให้นม เมื่อใด ปั๊งบันทึกต่อเรื่อง หรือควรจะเช็ค ร่างกาย / ทานยาอย่างหรือไม่ และในกรณีที่ประสบอนันต์เกิด กรณีขึ้นจะรักษาระดับอิ่ม (เช่น มีการคุณแม่ลึกหรือไม่ / ลืม เอาหลังออกอาการหรือยัง)

ข้าพเจ้าขอียนยันว่าถืออย่างเดลงหรือคำตอบชี้งข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นเป็นข้อเท็จจริงที่เป็นความจริง นอกจากนี้ ข้าพเจ้าขออนุญาตแก่แพทย์ บุคคลอื่นใดซึ่งได้กระทำการรักษาข้าพเจ้า โรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือหน่วยงานอื่นใดที่มีบันทึกทางการแพทย์ หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย หรือ การได้รับบาดเจ็บของข้าพเจ้า มอบประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าให้แก่ บริษัท อเมริกันอินเตอร์เนชั่นแนลแอลเอสชาร์ทันส์ จำกัด อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของการอนุญาตนี้ไม่ผลลัมบูรณาเว้นได้ยกเว้นที่นั่นฉบับ

นอกจากที่กล่าวข้างต้น ข้าพเจ้าไม่เคยทราบว่า เป็นหรือเคยรักษาเกี่ยวกับ โรคเอดส์หรือมีเดื่อคบหาก่อต่อ ไวรัสโรคเอดส์แต่อย่างใด และ ข้าพเจ้าทราบดีว่าข้าพเจ้าป่วยเป็น โรคเอดส์หรือมีเดื่อคบหาก่อต่อ ไวรัสโรคเอดส์ บริษัทฯ จะไม่รับประทานชีวิตข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าในนามสามพิธีกลัดกอขินยอมให้ท่านวายงานด้าน
ดังก็ตขอของข้าพเจ้า หักเงินเดือนเพื่อชำระเบี้ยประกันภัยกลุ่ม

(ถ้ายกเว้นข้อผิดกฎหมาย)

๒๖๙

(ลายเซ็นชื่อสมำชิกแล็ก)

(วันที่)

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้ขออาภาระกันชี้วิถีทางศรัทธาความความจริงทุกห้อง การปักปิดความจริงหรือแผลงเข็ญความเป็นที่ๆ ใจๆ อาจจะเป็นเหตุให้เก็บรักษาไว้รับประทานชี้วิถีปฏิเสธ ไม่ว่าเจ้าเงินค่าสิน ไม่สามารถตามลัญญาประทานชี้วิถีความประมวลลักษณะแห่งและพาณิชย์มาตรา 865

หนังสือยินยอมให้หักเงิน

GL

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน ผู้อำนวยการส่วนการคลัง

ด้วยข้าพเจ้า..... เลขที่บัตรประชาชน..... ข้าราชการ/
ลูกจ้างประจำ/พนักงานราชการตำแหน่ง..... สังกัด^{.....}
.....ยินยอมและขอให้ส่วนการคลัง กรมป่าไม้ หักเงินเดือน/
ค่าจ้าง ของข้าพเจ้าเพื่อจ่ายเป็นค่าเบี้ยประกันโครงการประกันชีวิตกลุ่ม แบบสมัครใจ (โครงการสวัสดิการ
กองทุนประกันเงินแส่น) จำนวนเดือนละ..... บาท
(.....) สั่งให้แก่บริษัท AIA ประกันภัย

ลงชื่อ..... ผู้ยินยอม

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)



FH01

บริษัท เอไอเอ จำกัด

เอกอัคร ทาวเวอร์ 2

181 ถนนสุรุวงค์ เชตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

โทรศัพท์ 0 2634 8388 โทรสาร 0 2638 7721

AIA.CO.TH

เรื่อง คำแนะนำการจ่ายเงินผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลผ่านบัญชีธนาคาร (Media Clearing)

เรียน ท่านสมาชิกผู้เอาประกันภัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบฟอร์มหนังสือแจ้งความจำนงขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มผ่านบัญชีธนาคาร
(อยู่ด้านหลังจดหมายฉบับนี้)

บริษัทฯ ได้รับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีธนาคาร (Media Clearing) สำหรับการรับเงินค่าสินไหมทดแทน, เงินคืนค่าเสื่อมของเครื่องมือแพทย์ หรือเงินเดือนของสมาชิกผู้เอาประกันภัยภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มของท่าน โดยผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับ และขั้นตอนในการใช้บริการขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มผ่านธนาคารมีดังนี้

ผลประโยชน์ที่ได้รับ

- ลดภาระการถูกเรียกเก็บค่าธรรมเนียมในการเรียกเก็บเช็คช้ามเขต (ร้อยละ 0.1 หรือขั้นต่ำ 10 บาทต่อรายการ)
- ลดปัญหาเกี่ยวกับเช็คสูญหาย หรือ เช็คสองไม่มีชื่อสมาชิกผู้เอาประกันภัย
- สมาชิกผู้เอาประกันภัยจะได้รับเงินผลประโยชน์ดังกล่าวได้สะดวกและรวดเร็วขึ้น
- สมาชิกผู้เอาประกันภัย ไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียมใดๆ ในกรณีใช้บริการดังกล่าว

ขั้นตอนในการขอใช้บริการ

กรอกแบบฟอร์มหนังสือแจ้งความจำนงขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มผ่านบัญชีธนาคาร โดยมีข้อกำหนดดังนี้

1. บัญชีเงินฝากที่จะโอนเงินเข้าต้องเป็นบัญชีของทรัพย์ หรือรายวันของสมาชิกผู้เอาประกันภัยเท่านั้น โดยบัญชีดังกล่าวต้องมีใช้ในนาม ห้างร้าน/บริษัท หรือบัญชีที่ใช้ชื่อคู่กับผู้อื่น
2. เจ้าของบัญชีธนาคาร จะต้องเป็นบุคคลเดียวกับสมาชิกผู้เอาประกันภัย
3. กรอกข้อมูลความครบถ้วน และถูกต้อง และสมาชิกผู้เอาประกันภัยลงลายมือชื่อในช่อง สมาชิกผู้เอาประกันภัย / เจ้าของบัญชี ให้เหมือนกับลายมือชื่อที่ให้ไว้ในใบคำขอเอกสารประกันภัยกลุ่มสำหรับสมาชิก หรือสำหรับคู่สมรส
4. แนบเอกสารประกอบ ดังนี้
 - 4.1 แนบสำเนาหน้าสมุดคู่ฝ่ายบัญชีเงินฝากของทรัพย์ หรือ รายการเดินบัญชี (Statement) สำหรับบัญชีรายวันโดยให้สมาชิกผู้เอาประกันภัยลงลายมือชื่อขอรับรองสำเนาถูกต้องที่เหมือนกับลายมือชื่อที่ให้ไว้ในใบคำขอเอกสารประกันภัยกลุ่มสำหรับสมาชิก หรือสำหรับคู่สมรส
 - 4.2 สำเนาบัตรประชาชน หรือ สำเนาทะเบียนบ้าน

ส่งเอกสารทั้งหมดไปยังบริษัท เอไอเอ จำกัด Receiving Center (ฝ่ายประกันกลุ่ม) ชั้น 1 อาคาร เอไอเอ ทาวเวอร์ 1 เลขที่ 181 ถนนสุรุวงศ์ เชตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

หมายเหตุ : การชำระเงินผลประโยชน์ที่บัญชีธนาคารเบ็ดเตล็ดครั้ง ไม่เกิน 2,000,000 บาท (สองล้านบาทถ้วน)

(ท่านสามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้จาก www.aia.co.th เลือกประกันภัยกลุ่ม และ เลือกหัวข้อที่ 2.7: หนังสือแจ้งความจำนงขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มผ่านบัญชีธนาคาร)

บริษัท หวังเป็นอย่างยิ่งว่าการให้บริการดังกล่าวข้างต้น จะเป็นประโยชน์และอำนวยความสะดวกต่อท่านยิ่งขึ้น บริษัทจะมุ่งพัฒนาการบริการเพื่อผู้เอาประกันภัยต่อไปอย่างไม่หยุดยั้ง

ขอแสดงความนับถือ
บริษัท เอไอเอ จำกัด



FH01

เขียนที่.....
วันที่.....

ข้าพเจ้าชื่อ..... ตั้งกัด (หน่วยงาน/ บริษัท/ ห้างร้าน)

กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มเลขที่..... ใบบัตรองเลขที่.....

โทรศัพท์ที่ติดต่อสะดวก..... โทรศัพท์มือถือ.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

ขอให้บริษัท เอไอเอ จำกัด นำผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาล หรือผลประโยชน์ใด ๆ (ยกเว้นสิ่นใหมมรมธรรม์) ที่เกิดขึ้นตามกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพต้น เข้าบัญชีธนาคารของข้าพเจ้าตามรายละเอียดข้างท้าย เมื่อบริษัทได้นำเงินผลประโยชน์เข้าบัญชีคงเหลือแล้ว ข้าพเจ้ารับรองและยอมรับ ว่าบริษัทได้จ่ายเงินผลประโยชน์ให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนด และเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย

รายละเอียดบัญชีธนาคาร

ชื่อบัญชีของผู้เอาประกันภัย.....

ชื่อธนาคาร (เฉพาะที่มีสาขาในประเทศไทยเท่านั้น)..... สาขา.....

เลขที่บัญชี..... ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ กระแสรายวัน

ข้อกำหนด และเงื่อนไข

1. ข้าพเจ้าได้แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีออมทรัพย์ หรือ สำเนารายการเดินบัญชี (statement) สำหรับบัญชีกระแสรายวัน และสำเนาบัตรประชาชน ซึ่งเป็นรับรองสำเนาถูกต้องบนเอกสารดังกล่าวพร้อมกันนี้
2. ในกรณีที่บริษัทไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีธนาคารตามที่ระบุไว้ข้างต้นได้ "ไม่ว่าด้วยเหตุใดๆ ก็ตาม ข้าพเจ้าตกลงให้บริษัท จ่ายเงินผลประโยชน์คงเหลือให้แก่ข้าพเจ้าเป็นเช็ค ตามวิธีปฏิบัติปกติของบริษัท หลังจากบริษัทฯ ได้รับการแจ้งปฏิเสธการนำเงินเข้าบัญชีจากทางธนาคาร"
3. การเปลี่ยนแปลงใดๆ เกี่ยวกับการขอรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคารตามที่ระบุไว้ในหนังสือนี้ ให้ทำเป็นลายลักษณ์อักษร และส่งให้บริษัท ทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 30 วัน
4. กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้夷ร้าว ข้าพเจ้ารับทราบว่า เมื่อผู้เอาประกันภัยบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่อย่างไร่มีการแจ้งเปลี่ยนบัญชีธนาคารให้เป็นรือ ของผู้เอาประกันภัย บริษัทฯ จะจ่ายเงินผลประโยชน์เป็นเช็คตามวิธีปกติให้แก่ผู้เอาประกันภัยดังกล่าว
5. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงการนำเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยเข้าบัญชีธนาคารของข้าพเจ้าได้ทุกเมื่อ กรณียกเลิกบริษัทจะจ่ายเงินผลประโยชน์เป็นเช็คตามวิธีปกติแทน เพื่อเป็นหลักฐานแห่งข้อตกลงข้างต้น ข้าพเจ้าได้ลงนามไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ..... พยาน..... ลงชื่อ.....
(.....) ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....
สมາชิกผู้เอาประกันภัย / เจ้าของบัญชี
(โปรดเขียนชื่อให้เหมือนกับลายเซ็นในใบคำขอเอาประกันภัย)

เพื่อดำเนินการตามความประسังค์ของท่าน บริษัท จะจ่ายเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่ม ให้แก่ท่านผ่านบัญชีธนาคารตามที่ท่านได้แจ้งความจำนงไว้ โดยบริษัท จะนำสั่งเอกสารรายละเอียดการจ่ายผลประโยชน์ให้ท่านทราบทุกครั้ง