

คู่มือการใช้งาน PA Frontend อัปเดต 12/01/2024

เมื่อ log in จาก username และ password เข้าสู่ระบบแล้ว

คลิกเลือกผลิตภัณฑ์ PA และคลิกใบคำขอ ตามวงกลมสีส้ม จะปรากฏหน้าจอดังรูป



ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพ



Package / แผนประกันภัยสำเร็จรูป

เลือกภาษา	ภาษาไทย
รหัสตัวแทน	[102040247] นางสาว บุญยรัตน์ วุฒิศรีเสถียรกุล (Outstanding Credit : 347,121.19)
อาชีพ	ข้าราชการ
วัน/เดือน/ปี(พ.ศ.) เกิด	05 มกราคม 2532
วันเริ่มคุ้มครอง	19 ธันวาคม 2566 To 19 ธันวาคม 2567

ขั้นตอนที่ 1 เลือก Package ที่หน้าจอเลือก Package ระบุข้อมูลดังนี้

1. เลือกภาษา
2. เลือกตัวแทน
3. เลือกอาชีพ เลือก วัน/เดือน/ปี(พ.ศ.)เกิด
4. เลือก วัน/เดือน/ปี(พ.ศ.)เกิด
5. เลือกวันเริ่มคุ้มครอง
6. เลือกประเภทความคุ้มครอง เช่น รายเดี่ยว, ผู้เอาประกันภัย + คู่สมรส, ผู้เอาประกันภัย + บุตร หรือ ครอบครัว
7. เลือกแผนความคุ้มครอง Dependent PA, Senior PA หรือ Series A-E

ประเภทความคุ้มครอง

รายเดี่ยว Single	ผู้เอาประกันภัยและคู่สมรส Main + Spouse	ผู้เอาประกันภัยและบุตร Main + Kids	ครอบครัว Main + Spouse + Kids
---------------------	--	---------------------------------------	----------------------------------

แผนความคุ้มครอง


 Dependent PA


 Senior PA


 PA SERIES A1


 PA SERIES A2


 PA SERIESBI


 PA SERIES B2


 PA SERIES C1


 PA SERIES C2


 PA SERIES D1


 PA SERIES D2


 PA SERIES DO1


 PA SERIES DO2


 PA SERIES E1


 PA SERIES E2



ระบบจะแสดงแผนความคุ้มครอง จากนั้นกดเลือกแผนความคุ้มครองที่ต้องการ แล้วคลิก **Close**

InsurancePlan / แผนความคุ้มครอง

ความคุ้มครอง	PA SERIES A1							
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 5	แผน 6	แผน 7	แผน 8
1. ผลประโยชน์การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สาวยตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (ฉบับ 1) เนื่องจาก Loss of Life, Dismemberment or Total Permanent Disability (PA1) due to	100,000	200,000	300,000	500,000	700,000	1,000,000	2,000,000	3,000,000
1.1 อุบัติเหตุทั่วไป หรือ General Accident, or	100,000	200,000	300,000	500,000	700,000	1,000,000	2,000,000	3,000,000
1.2 การจำกัดความรับผิด (การถูกฆาตกรรมหรือถูก ทารายร่างกาย) หรือ Limitation of cover (Murder and assault) or	100,000	200,000	300,000	500,000	700,000	1,000,000	2,000,000	3,000,000
1.3 การขยายความคุ้มครอง (การขับขี่หรือโดยสาร รถจักรยานยนต์) หรือ Extended cover (Driving or riding as a passenger on a motorcycle) or	50,000	100,000	150,000	250,000	350,000	500,000	1,000,000	1,500,000
1.4 ผลประโยชน์จากอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในวันหยุด ราชการประจำปี (จ่ายเพิ่มอีก 1 เท่าของข้อ 1.1) หรือ Public Holiday (cover 1 time in addition of item 1.1) or	100,000	200,000	300,000	500,000	700,000	1,000,000	2,000,000	3,000,000
1.5 ผลประโยชน์อุบัติเหตุสาธารณะ (จ่ายเพิ่มอีก 1 เท่าของข้อ 1.1) Public accident (cover 1 time in addition of item 1.1)	100,000	200,000	300,000	500,000	700,000	1,000,000	2,000,000	3,000,000
2. ผลประโยชน์ค่าปลงศพหรือค่าใช้จ่ายในการ จัดการงานศพกรณีเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ (รวม การขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์) Funeral expense caused by accident (Include driving or riding as a passenger on a motorcycle)	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	15,000	15,000	15,000
TotalPremium	215.00	415.00	615.00	995.00	1,395.00	1,795.00	3,295.00	4,795.00

- เลือกแผน 1
- เลือกแผน 2
- เลือกแผน 3
- เลือกแผน 4
- เลือกแผน 5
- เลือกแผน 6
- เลือกแผน 7
- เลือกแผน 8



ขั้นตอนที่ 2 ระบบจะแสดงเบี้ยประกันภัยตามแผนความคุ้มครองที่ได้เลือกไว้ แล้วกรอกข้อมูลกรมธรรม์ ให้ครบถ้วน แล้วคลิก Next

ใบค่าขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพ



Premium / เบี้ยประกันภัย

ดูรายละเอียด

Net Premium เบี้ยประกันสุทธิ	415.00
Tax ภาษีธุรกิจเฉพาะ	0.00
Stamp Duty อากรแสตมป์	0.00
Total Premium เบี้ยประกันภัยรวม	415.00

Policy Schedule and Receipt / ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย/ชื่อที่ต้องการให้ระบบใบรับเงิน

ประเภท บุคคลธรรมดา นิติบุคคล

ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย *
เลือกสำเนาหน้า

วัน/เดือน/ปี เกิด

ประเภทบัตร * บัตรประชาชน Passport / Work Permit
เลขบัตรประชาชน * /
Work Permit / Passport

เพศ * สัญชาติ

สถานภาพ * โสด สมรส หม้าย แยกกันอยู่ หย่าร้าง

วุฒิการศึกษา *	<input type="text" value="ปริญญาตรี"/>	รายได้ต่อเดือน	<input type="text" value="ไม่มีรายได้"/>
เบอร์โทรศัพท์ *	<input type="text" value="เบอร์โทรศัพท์"/>	อีเมล	<input type="text" value="อีเมล"/>
เลขที่ *	<input type="text" value="เลขที่"/>	ตึก / อาคาร	<input type="text" value="ตึก / อาคาร"/>
ซอย	<input type="text" value="ซอย"/>	ถนน	<input type="text" value="ถนน"/>
จังหวัด *	<input type="text" value="เลือกจังหวัด"/>	อำเภอ *	<input type="text" value="เลือกอำเภอ"/>
ตำบล *	<input type="text" value="เลือกตำบล"/>	รหัสไปรษณีย์ *	<input type="text" value="รหัสไปรษณีย์"/>



กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นบุคคลเดียวกับผู้ถือกรมธรรม์ ให้คลิก Same as Policy Holder ระบบจะดึงข้อมูลผู้ถือกรมธรรม์มาให้อัตโนมัติ

ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพ



Insured details / ผู้เอาประกันภัย (หรือผู้รับความคุ้มครอง)

ผู้เอาประกันภัย

Same as Policy Holder / เหมือนชื่อผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย

คำนำหน้า *	ชื่อ *	นามสกุล *	วันเกิด *
<input type="text"/>	<input type="text" value="ชื่อ"/>	<input type="text" value="นามสกุล"/>	<input type="text" value="วัน/เดือน/ปี เกิด"/>
ประเภทบัตร *	เลขบัตรประชาชน / Work Permit / Passport *	เบอร์โทร *	
<input checked="" type="radio"/> บัตรประชาชน <input type="radio"/> Passport / Work Permit	<input type="text" value="เลขบัตรประชาชน / Work Permit"/>	<input type="text" value="เบอร์โทรศัพท์"/>	
เลขที่ *	ตึก / อาคาร	ซอย	ถนน
<input type="text" value="เลขที่"/>	<input type="text" value="ตึก / อาคาร"/>	<input type="text" value="ซอย"/>	<input type="text" value="ถนน"/>
จังหวัด *	อำเภอ *	ตำบล *	รหัสไปรษณีย์ *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="รหัสไปรษณีย์"/>

ขั้นตอนที่ 3 กรณียกเลิกแผนความคุ้มครอง **Dependent PA, Senior PA, Series A-D** รูปแบบคำถามสุขภาพและอื่นๆ 3 คำถาม ตามด้านล่าง

คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่นๆ

ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือ ถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าว เช่น ปรับลดความคุ้มครอง หรือมีการกำหนดโรคที่ไม่ให้ความคุ้มครองหรือข้อยกเว้นเพิ่มเติม

ไม่เคย เคย โปรดระบุรายละเอียด *

ท่านมีอวัยวะส่วนใดพิการหรือไม่

ไม่มี มี โปรดระบุรายละเอียด *

ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเป็น หรือเคยเป็น หรือเคยได้รับการรักษาหรือเคยปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับโรคดังนี้ โรคลมชัก โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต โรคเอดส์ โรค SLE โรคธาลัสซีเมีย โรคมะเร็งและเนื้องอก โรคเกี่ยวกับสมองและประสาท โรคจิต โรคปอด โรคตับอักเสบชนิด B และ C โรคตับแข็ง โรคไตวาย โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคกระดูกเสื่อม โรคกระดูกพรุน โรคเกาต์ โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง โรคร้ายแรงอื่นๆ หรือโรคเรื้อรังใดๆ (เช่น พิษไทรอยด์ วัณโรคปอด โลหิตเป็นพิษ ลูคีเมีย โรคเลือดไหลไม่หยุด เป็นต้น) หรือไม่

ไม่เคย เคย

ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเป็น หรือเคยเป็น หรือเคยได้รับการรักษาหรือเคยปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับโรคเบาหวานและ/หรือความดันหรือไม่

เบาหวาน

โปรดเลือกค่าเบาหวาน

- เบาหวานค่าไม่เกิน 126 mg/dL
- เบาหวานค่าเกิน 126 mg/dL

ความดันโลหิตสูง

โปรดเลือกค่าความดัน

- ค่าความดันโลหิต systolic ไม่เกิน 140 mmHg และค่าความดันโลหิต diastolic ไม่เกิน 90 mmHg
- ค่าความดันโลหิต systolic เกิน 140 mmHg และค่าความดันโลหิต diastolic เกิน 90 mmHg

โรคอื่นๆ

หากตอบคำถามสุขภาพ ที่ไม่เข้าเงื่อนไขการรับประกันภัย ระบบแจ้งเตือนตามรูปด้านล่าง และไม่สามารถผ่านไปขั้นตอนถัดไปได้

ⓘ แจ้งเตือน!!
✕

เนื่องจากข้อมูลของผู้เอาประกันภัยไม่ตรงตามเงื่อนไขการรับประกันภัยของทางบริษัท กรุณาติดต่อเจ้าหน้าที่

Close

หากตอบคำถามสุขภาพ ที่ไม่เข้าเงื่อนไขการรับประกันภัย ระบบแจ้งเตือนตามรูปด้านล่าง และไม่สามารถผ่านไปขั้นตอนถัดไปได้

คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่นๆ

ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือ ถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการรับประกันภัยดังกล่าว เช่น ปรึบลดความคุ้มครอง หรือมีการกำหนดโรคที่ไม่ให้ความคุ้มครองหรือข้อยกเว้นเพิ่มเติม

ไม่เคย เคย

ท่านมีอวัยวะส่วนใดพิการหรือไม่

ไม่มี มี

ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเป็น หรือเคยเป็น หรือเคยได้รับการรักษาหรือเคยปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับโรคดังนี้ โรคลมชัก โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต โรคเอดส์ โรค SLE โรคธาลัสซีเมีย โรคมะเร็งและเนื้องอก โรคเกี่ยวกับสมองและประสาท โรคจิต โรคปอด โรคตับอักเสบชนิด B และ C โรคตับแข็ง โรคไตวาย โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคกระดูกเสื่อม โรคกระดูกพรุน โรคเกาต์ โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง โรคร้ายแรงอื่นๆ หรือโรคเรื้อรังใดๆ (เช่น พิษไทรอยด์ วัณโรคปอด โลหิตเป็นพิษ ลูคีเมีย โรคเลือดไหลไม่หยุด เป็นต้น) หรือไม่

ไม่เคย เคย

ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเป็น หรือเคยเป็น หรือเคยได้รับการรักษาหรือเคยปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับโรคเบาหวานและ/หรือความดันหรือไม่

เบาหวาน

โปรดเลือกค่าเบาหวาน

เบาหวานค่าไม่เกิน 126 mg/dL

เบาหวานค่าเกิน 126 mg/dL

ความดันโลหิตสูง

โปรดเลือกค่าความดัน

ค่าความดันโลหิตตัวบนไม่เกิน 140 mmHg และค่าความดันโลหิตตัวล่างไม่เกิน 90 mmHg

ค่าความดันโลหิตตัวบนเกิน 140 mmHg และค่าความดันโลหิตตัวล่างเกิน 90 mmHg

โรคอื่นๆ

แจ้งเตือน!!

เนื่องจากข้อมูลของผู้เอาประกันภัยไม่ตรงตามเงื่อนไขการรับประกันภัยของทางบริษัท กรุณาติดต่อเจ้าหน้าที่

Close

กรุณาตรวจสอบ

• ผู้เอาประกันคนที่ 1 เนื่องจากข้อมูลของผู้เอาประกันภัยไม่ตรงตามเงื่อนไขการรับประกันภัยของทางบริษัท กรุณาติดต่อเจ้าหน้าที่

หากตอบคำถามสุขภาพ ที่เข้าเงื่อนไขการรับประกันภัย ระบบไม่มีการแจ้งเตือน และสามารถผ่านไปสู่อันดับถัดไปได้ คือแจ้งประสงค์ขอใช้สิทธิยกเว้นภาษี และกรอกผู้รับผลประโยชน์ แล้วคลิก Next

คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่นๆ

ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือ ถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าว เช่น ปรับลดความคุ้มครอง หรือมีการกำหนดโรคที่ไม่ให้ความคุ้มครองหรือข้อยกเว้นเพิ่มเติม

ไม่เคย เคย

ท่านมีอวัยวะส่วนใดพิการหรือไม่

ไม่มี มี

ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเป็น หรือเคยเป็น หรือเคยได้รับการรักษาหรือเคยปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับโรคดังนี้ โรคลมชัก โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต โรคเอดส์ โรค SLE โรคธาลัสซีเมีย โรคมะเร็งและเนื้องอก โรคเกี่ยวกับสมองและประสาท โรคจิต โรคปอด โรคตับอักเสบชนิด B และ C โรคตับแข็ง โรคไตวาย โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคกระดูกเสื่อม โรคกระดูกพรุน โรคเกาต์ โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง โรคร้ายแรงอื่นๆ หรือโรคเรื้อรังใดๆ (เช่น พิษไทรอยด์ วัณโรค ปอด โลหิตเป็นพิษ ลูคีเมีย โรคเลือดไหลไม่หยุด เป็นต้น) หรือไม่

ไม่เคย เคย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทฯ ประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่สรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่:

ไม่มีความประสงค์

ผู้รับประโยชน์: Beneficiary

Legal heirs / ทายาทตามกฎหมาย

" กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลกรณกรรรมก่อนทำรายการชำระเงินในหน้าถัดไป "

← Previous

Next →

ขั้นตอนที่ 3 กรณีเลือกแผนความคุ้มครอง Series D คำถามสุขภาพและอื่นๆ 4 คำถาม ตามรูปภาพด้านล่าง

คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่นๆ

ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือ ถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าว เช่น ปรับลดความคุ้มครอง หรือมีการกำหนดโรคที่ไม่ให้ความคุ้มครองหรือข้อยกเว้นเพิ่มเติม

ไม่เคย เคย

ท่านมีอวัยวะส่วนใดพิการหรือไม่

ไม่มี มี

ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยได้รับคำแนะนำจากแพทย์เพื่อรับการผ่าตัด หรือเพื่อรับการรักษาและตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอื่นอันเนื่องจากโรคหรือการบาดเจ็บใดๆ ซึ่งยังไม่ได้กระทำ หรือยังมีความผิดปกติ/ การเจ็บป่วย/ อาการเรื้อรังอื่นใด ซึ่งยังไม่ได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ หรือเคยเข้าฟิสิกส์บำบัดเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเนื่องจากโรคหรืออุบัติเหตุใดๆ เป็นระยะเวลามากกว่า 14 วันหรือไม่

ไม่เคย เคย

ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเป็น หรือเคยเป็น หรือเคยได้รับการรักษาหรือเคยปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับโรคดังนี้ โรคลมชัก โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต โรคเอดส์ โรค SLE โรคธาลัสซีเมีย โรคมะเร็งและเนื้องอก โรคเกี่ยวกับสมองและประสาท โรคจิต โรคปอด โรคตับอักเสบชนิด B และ C โรคตับแข็ง โรคไตวาย โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคกระดูกเสื่อม โรคกระดูกพรุน โรคเกาต์ โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง โรคร้ายแรงอื่นๆ หรือโรคเรื้อรังใดๆ (เช่น พิษไทรอยด์ วัณโรคปอด โลหิตเป็นพิษ ลูคีเมีย โรคเลือดไหลไม่หยุด เป็นต้น) หรือไม่

ไม่เคย เคย

หากตอบคำถามสุขภาพ ที่เข้าเงื่อนไขการรับประกันภัย ระบบไม่มีการแจ้งเตือน และสามารถผ่านไปสู่อันตอนถัดไปได้ คือแจ้งประสงค์ขอใช้สิทธิ์ยกเว้นภาษี และกรอกผู้รับผลประโยชน์ แล้วคลิก Next

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะขอให้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่สรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ :

ไม่มีความประสงค์

ผู้รับประโยชน์: Beneficiary

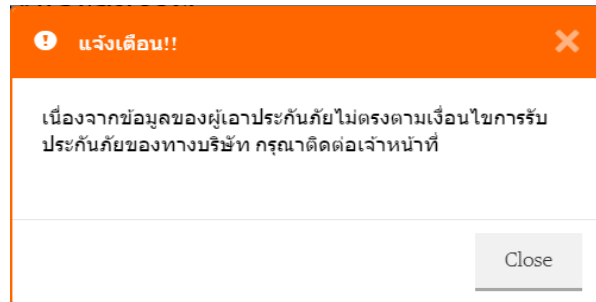
Legal heirs / ทายาทตามกฎหมาย

* กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลกรณกรณก่อนทำการชำระเงินในหน้าถัดไป *

◀ Previous

Next ▶

แต่หากตอบคำถามสุขภาพ ที่ไม่เข้าเงื่อนไขการรับประกันภัย ระบบแจ้งเตือนตามรูปภาพด้านล่าง และไม่สามารถผ่านไปขั้นตอนถัดไปได้



ขั้นตอนที่ 4 ตรวจสอบข้อมูล แล้วเลือกวิธีการชำระเงินแบบ Credit Limit แล้วคลิก Next

ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพ



Premium / เบี้ยประกันภัย

ดูรายละเอียด

Net Premium	499.00
เบี้ยประกันสุทธิ	499.00
Tax	0.00
ภาษีธุรกิจเฉพาะ	0.00
Stamp Duty	0.00
อากรแสตมป์	0.00
Total Premium	499.00
เบี้ยประกันภัยรวม	499.00

สรุปรายละเอียดกรมธรรม์

แผนความคุ้มครอง:	PA SERIESBL	ประเภทความคุ้มครอง:	รายเดี่ยว
วันที่มีผลบังคับ:	25 ธันวาคม 2566	วันสิ้นสุดกรมธรรม์:	25 ธันวาคม 2567
ระยะเวลาคุ้มครอง:	1 ปี		

ข้อมูลผู้ถือกรมธรรม์ / ชื่อที่ต้องการให้ระบุใบเสร็จรับเงิน

ชื่อผู้ถือกรมธรรม์:	นางสาว นิด ทนอย	เลขที่บัตรประชาชน:	1830101192461
วันเกิด:	06 กุมภาพันธ์ 2534	เพศ:	หญิง
ข้อมูลติดต่อ:	เลขที่ 23 แขวง/ตำบล คลองตัน เขต/อำเภอ คลองเตย จังหวัด กรุงเทพมหานคร 10110 เบอร์โทร 0814795623		

Payment / การชำระเงิน

Credit Card
 Credit Limit
 (Outstanding Credit: 49705579)

ข้าพเจ้าในฐานะผู้บันทึกการชำระเบี้ยประกันภัยรายการนี้ ขอให้การรับรองว่า ข้าพเจ้าได้รับการอนุญาตและความยินยอมจากเจ้าของบัตรเครดิต หรือผู้ขอเอาประกันภัยซึ่งได้ยื่นเงินว่าเจ้าของบัตรเครดิตอนุญาตและให้ความยินยอมแก่ผู้ขอเอาประกันภัย ในการนำบัตรเครดิตมาใช้เพื่อชำระเบี้ยประกันภัยแก่บริษัท ชับบ์สามัคคีประกันภัย จำกัด (มหาชน) (บริษัท) สำหรับกรมธรรม์ประกันภัย และข้าพเจ้าจะไม่ใช้บัตรเครดิตเพื่อการอื่นนอกจากที่ได้กล่าวข้างต้น หากมีความเสียหายใดๆ เกิดขึ้นแก่เจ้าของบัตรเครดิต บริษัท และ/หรือธนาคาร อันเกิดจากการใช้บัตรเครดิตผิดไปจากคำรับรองดังกล่าวมาแล้วข้างต้น ข้าพเจ้าขอมอบรับผิดชอบความเสียหายที่เกิดขึ้นจริงทุกประการด้วยตนเองทั้งสิ้น

แล้วคลิก Print Application เพื่อพิมพ์ใบสมัคร

ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพ



CrossSelling



Print



การแนบเอกสาร

คลิก Upload และคลิก Choose File แล้วเลือกไฟล์ใบสมัคร + สำเนาบัตรประชาชน ที่ต้องการโหลด แล้วคลิก @upload ซึ่งสามารถโหลดได้สูงสุด 6 เอกสาร ตามรูปภาพด้านล่าง

A screenshot of the 'Upload / แนบเอกสาร' interface. It shows a list of six 'อัฟโหลดเอกสารที่' (Upload Document) items, each with a 'Choose File' button and 'No file chosen' text. The first 'Choose File' button is circled in orange. Below the list is an 'upload' button, also circled in orange.

ขั้นตอนที่ 5 พิมพ์กรมธรรม์ คลิก Print Policy

ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพ



CrossSelling



Print



"Print PA Card กรุณาใส่กระดาษสำหรับ Print Card"

Send Email

ต้องการส่ง PA Card ไปทาง อีเมล

← Previous