

## ประกันชีวิตกลุ่มแบบสำเร็จรูป (Package Plan)



### แผนประกันสุขภาพกลุ่มสำเร็จรูป ฟิฟตี้ อัป (50 up) สำหรับพนักงาน 50 คนขึ้นไป

แผนประกันสุขภาพกลุ่มสำเร็จรูปแบบ 50 up เหมาะสำหรับธุรกิจขนาดกลาง หรือหน่วยงานที่มีพนักงานตั้งแต่ 50 คนขึ้นไป

ตารางผลประโยชน์	วงเงินประกัน (บาท)									
	แผนที่ 1	แผนที่ 2	แผนที่ 3	แผนที่ 4	แผนที่ 5	แผนที่ 6	แผนที่ 7	แผนที่ 8	แผนที่ 9	แผนที่ 10
<b>ประกันชีวิต</b>	100,000	200,000	300,000	400,000	500,000	600,000	700,000	800,000	900,000	1,000,000
<b>ประกันอุบัติเหตุ</b>										
การเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุทั่วไป	100,000	200,000	300,000	400,000	500,000	600,000	700,000	800,000	900,000	1,000,000
การเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุสาธารณภัย	200,000	400,000	600,000	800,000	1,000,000	1,200,000	1,400,000	1,600,000	1,800,000	2,000,000
การสูญเสียการจ้างงาน ชนหรือขาข้างใดข้างหนึ่งโดยสิ้นเชิงถาวร	100,000	200,000	300,000	400,000	500,000	600,000	700,000	800,000	900,000	1,000,000
การสูญเสียการมองเห็น ของตาข้างใดข้างหนึ่งโดยสิ้นเชิงถาวร	100,000	200,000	300,000	400,000	500,000	600,000	700,000	800,000	900,000	1,000,000
สูญเสียความสามารถในการพูดและสูญเสียความสามารถในการได้ยินของหูทั้งสองข้าง	100,000	200,000	300,000	400,000	500,000	600,000	700,000	800,000	900,000	1,000,000
สูญเสียความสามารถในการพูด	50,000	100,000	150,000	200,000	250,000	300,000	350,000	400,000	450,000	500,000
สูญเสียเลนส์ตาเพียงข้างเดียวโดยสิ้นเชิงถาวร	50,000	100,000	150,000	200,000	250,000	300,000	350,000	400,000	450,000	500,000
การทุพพลภาพโดยสิ้นเชิงถาวรเนื่องจากอุบัติเหตุชานติดต่อกัน 12 เดือน	100,000	200,000	300,000	400,000	500,000	600,000	700,000	800,000	900,000	1,000,000
<b>การประกันภัยทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร</b>										
การทุพพลภาพโดยสิ้นเชิงถาวรเนื่องจากอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยชานติดต่อกัน 180 วัน	100,000	200,000	300,000	400,000	500,000	600,000	700,000	800,000	900,000	1,000,000
<b>รวมเบี้ยประกันภัยรายปี ต่อพนักงานหนึ่งท่าน</b>	<b>530.00</b>	<b>1,060.00</b>	<b>1,590.00</b>	<b>2,120.00</b>	<b>2,650.00</b>	<b>3,180.00</b>	<b>3,710.00</b>	<b>4,240.00</b>	<b>4,770.00</b>	<b>5,300.00</b>

## เอกสารประกอบการสมัคร

1. ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มสวัสดิการพนักงาน (สำหรับนายจ้าง)
2. สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล
3. ใบสมัครขอเอาประกันพนักงาน (การ์ดเขียว ไม่ต้องแนบภาพถ่าย) พร้อมสำเนาบัตรประชาชนที่ยังไม่หมดอายุ เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง
4. เอกสารอื่น ๆ ของพนักงาน *ใช้เฉพาะกรณีผู้รับประโยชน์นามสกุลต่างจากกับ*  
*ผู้สมัคร* แสดงเพิ่มเติมเพื่อพิสูจน์ความสัมพันธ์ (ยกเว้นผู้รับประโยชน์ที่เป็น บิดา, มารดา , คู่สมรส หรือบุตร ไม่ต้องแสดงเอกสารนี้) เช่น
  - พี่น้องร่วมบิดามารดา ใช้สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ ที่แสดงชื่อบิดามารดาเป็นคนเดียวกัน เช่นรับรองสำเนา ลายเซ็นเดียวกับในใบสมัคร
  - หลาน เป็นบุตรของพี่น้องร่วมบิดามารดา ใช้สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ปกครองของผู้รับประโยชน์ ที่แสดงชื่อบิดามารดาเป็นคนเดียวกันกับผู้สมัคร และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์แสดงชื่อผู้ปกครอง แสดงความสัมพันธ์กับผู้สมัคร ทั้งหมดเช่นรับรองสำเนา ลายเซ็นเดียวกับในใบสมัคร