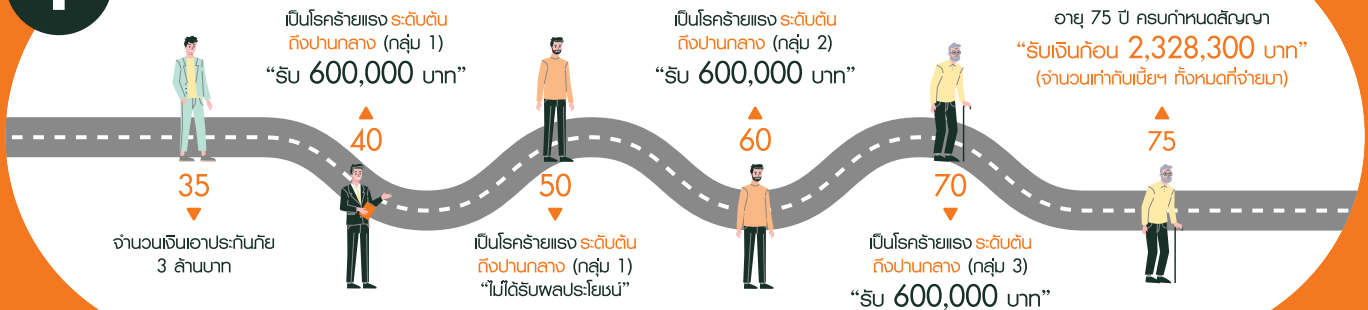


# การเคลมผลประโยชน์ สุดคุ้ม กับ ประกันเคลมคุ้มครองโรคร้าย

ตัวอย่าง เพศชาย อายุ 35 ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยฯ 10 ปี  
จำนวนเงินเอาประกันภัย 3,000,000 บาท

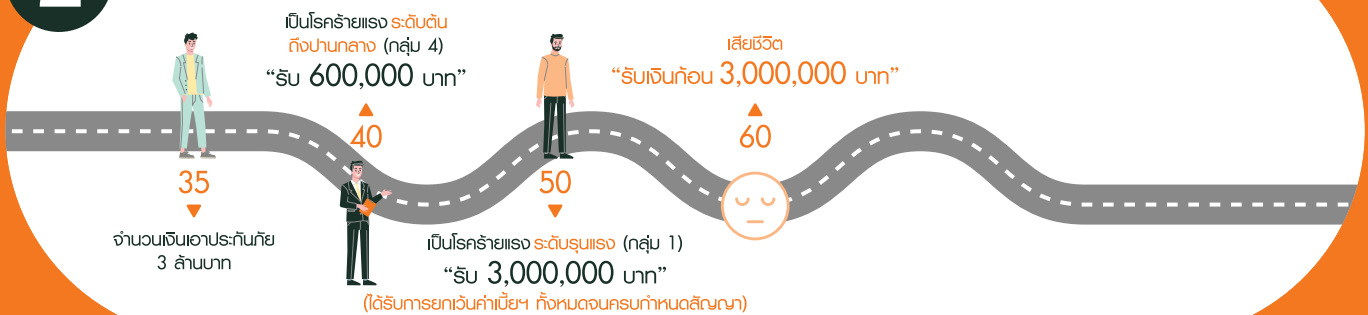
1

## ระดับต้นถึงปานกลาง + อยู่จนครบกำหนดสัญญา



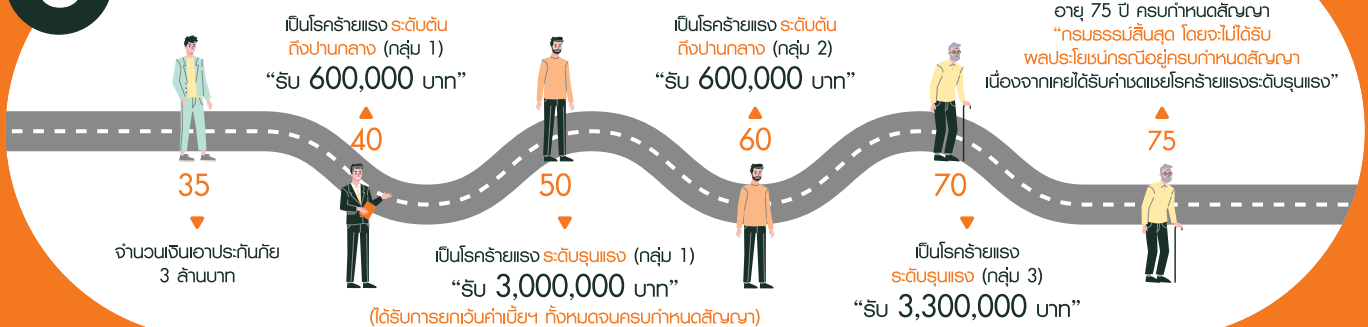
2

## ระดับต้นถึงปานกลาง และระดับรุนแรง + เสียชีวิต



3

## ระดับต้นถึงปานกลาง และระดับรุนแรง + ไม่ต้องจ่ายเบี้ยจนครบกำหนดสัญญา



## ขั้นตอนการสมัคร

1



สแกน QR code เพื่อทำใบข้อเสนอค่าเบี้ยประกันชีวิต (Sales illustration) โดยกรอกรายละเอียดข้อมูลส่วนตัว ดังนี้

- รหัสพนักงาน
- ชื่อ-สกุล
- วันเดือนปี เกิด
- เพศ
- อีเมล พนักงาน
- จำนวนเงินเอาประกันภัย
- ระยะเวลาการชำระเบี้ยประกันภัย

ฝ่ายผลิตภณฑ์จะส่งใบข้อเสนอค่าเบี้ยประกันชีวิตให้กับพนักงาน ผ่านทางอีเมล

2

พนักงานขอรับใบคำขอเอาประกันภัย ได้ที่ศูนย์บริการลูกค้า



ตึกออลซีชั้นเวส ชั้น 3



ตึกสินธร ชั้น 14



ตึกเดอะไนน์ ชั้น 29



ตึกภคินท์ ชั้น 4

3

นำเอกสารใบคำขอฯ ไปชำระเบี้ยประกันภัย ได้ 2 ช่องทาง



ชำระเบี้ยฯ ผ่านธนาคาร

(คาน์เตอร์ธนาคาร / Bill payment ผ่าน Internet banking)

- ไปชำระเงินที่คาน์เตอร์ธนาคาร พร้อมเก็บใบ slip payment ไว้เป็นหลักฐาน
- โอนเงินผ่าน internet banking พร้อม save slip การชำระเงิน บัญชีกระแสรายวัน บมจ. เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต เลขที่ 001-3-499175 สาขาชิดลม Ref. 1 = เลขที่ใบคำขอฯ Ref. 2 = 0 (ศูนย์)



ชำระผ่านบัตรเครดิต

- สามารถกดบัตรเครดิตชำระค่าเบี้ยฯ ได้ที่ศูนย์บริการลูกค้า
- กรอกฟอร์มชำระค่าเบี้ยฯ โดยการหักบัญชีบัตรเครดิต (ฟอร์มอยู่ใน Application Pack แผ่นสุดท้าย)

4

การจัดส่งเอกสารใบคำขอฯ


- กรอกใบคำขอฯ ให้ครบถ้วน
- จัดเตรียมเอกสารประกอบการพิจารณาตามใบ Checklist
- จัดส่งใบคำขอฯ ที่ศูนย์บริการลูกค้า



พนักงานจะได้รับเงินคืนภายใน 45 วันนับจากวันที่กรมธรรม์มีผลบังคับ และพันธะ Freelook โดยบริษัทฯ จะโอนเงินเข้าบัญชีผู้เอาประกันภัย ตามหมายเลขบัญชีที่แจ้งมาในใบคำขอฯ

# ตัวอย่างการกรอกใบคำขอฯ

เพศชาย อายุ 45 ปี จำนวนเงินเอาประกันภัย 1,000,000 บาท



Ver. SCBL 01/63

**ใบคำขอเอาประกันชีวิต**

เลขที่ใบคำขอ **6763100101**

เลขที่ 130 - 132 อาคารสินทรัพย์ทาวเวอร์ 3 ชั้น 14, 16, 26 - 29 ถนนวิภาวดี แสงสุรินทร์ แขวงจตุจักร กรุงเทพฯ 10330 โทร. 1351 fwd.co.th

ผู้ซื้อของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ผู้เอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดหรือเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน ตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่ง และพาณิชย์มาตรา 865

**ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของผู้เอาประกันภัย และรายละเอียดการขอเอาประกันภัย**

1. ชื่อ-สกุล **นายโจดี ดีใจ**

เพศ  ชาย  หญิง เกิดวันที่ **4** เดือน **เมษายน** พ.ศ. **2518** อายุ **45** ปี สถานภาพ  โสด  สมรส  หม้าย  หย่า

กรณีไม่ใช่สัญชาติไทย โปรดระบุสัญชาติ.....

เอกสารที่ใช้แสดงตน  บัตรประชาชน  พาสปอร์ต  อื่นๆ โปรดระบุ..... เลขที่ **3 2 2 7 8 9 5 6 5 6 2 1 2**

2. โปรดระบุที่อยู่และสถานที่ที่สะดวกในการติดต่อ

2.1 ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ **72** หมู่บ้าน/อาคาร **เปี่ยมรัก** หมู่ที่ **8** ตรอก/ซอย **8** ถนน..... แขวง/ตำบล **ลาดพร้าว** เขต/อำเภอ **ลาดพร้าว** จังหวัด **กรุงเทพฯ** รหัสไปรษณีย์ **10900**

2.2 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  ใช้ที่อยู่เดียวกับที่อยู่ปัจจุบัน หมู่บ้าน/อาคาร **เปี่ยมรัก** เลขที่ **72** หมู่ที่ **8** ตรอก/ซอย **8** ถนน..... แขวง/ตำบล **ลาดพร้าว** เขต/อำเภอ **ลาดพร้าว** จังหวัด **กรุงเทพฯ** รหัสไปรษณีย์ **10900**

2.3 สถานที่ทำงาน บมจ. เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต เลขที่ **87/1** หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน **วิญญู** แขวง/ตำบล **จุมพินี** เขต/อำเภอ **ปทุมวัน** จังหวัด **กรุงเทพฯ** รหัสไปรษณีย์ **10330**

2.4 ที่อยู่ที่เป็นสถานที่ติดต่อ โปรดระบุให้ติดต่อที่  ที่อยู่ปัจจุบัน  สถานที่ทำงาน  ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ **089-123-7890** โทรศัพท์ที่ทำงาน..... อีเมล.....

2.5 วิธีการรับกรมธรรม์ (โปรดระบุเพียง 1 วิธี)

รับกรมธรรม์ทางไปรษณีย์  รับกรมธรรม์ทางอิเล็กทรอนิกส์ ตามอีเมลในข้อ 2.4

หากระบุวิธีการรับกรมธรรม์ไม่สมบูรณ์ บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ส่งกรมธรรม์ประกันชีวิตให้ทางอิเล็กทรอนิกส์ ยกเว้นกรณีไม่ระบุอีเมลในข้อ 2.4 บริษัทฯ จะจัดส่งให้ทางไปรษณีย์แทน

3. อาชีพประจำ..... ตำแหน่ง..... รายได้ต่อปี..... บาท

ลักษณะงานที่ทำ.....

อาชีพอื่นๆ (ถ้ามี)..... รายได้ต่อปี..... บาท

ลักษณะงานที่ทำ.....

ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่  ไม่  ใช่

4. แบบประกันภัยหลัก/สัญญาเพิ่มเติม	รหัสแบบ	จำนวนเงินเอาประกันภัย	เบี้ยประกันภัย
<input checked="" type="checkbox"/> SCB Multi Care Multi Claims	<input type="checkbox"/> 75/5 (BE73) <input checked="" type="checkbox"/> 75/10 (BE74) <input type="checkbox"/> 75/15 (BE75) <input type="checkbox"/> 75/20 (BE76)	1,000,000	94,900

เบี้ยประกันภัยรวมทั้งสิ้น **94,900** บาท จวดการชำระเบี้ยประกันภัย  12 เดือน  6 เดือน  3 เดือน  1 เดือน  ชำระครั้งเดียว


5. จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอฯนี้ **94,900** บาท ใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารรับเงินชั่วคราวเลขที่.....

ชำระเป็น  เงินสด  โอนเงินผ่านบัญชีธนาคาร (กรุณาแนบ pay in)  บัตรเครดิต  เช็คธนาคาร..... เลขที่เช็ค.....

กรณีมีเงินปันผล เงินคืนตามสัญญา เงินผลประโยชน์ตามเงื่อนไขกรมธรรม์ ประสงค์ขอคงเงินไว้กับบริษัทเพื่อการสะสม  ใช่  ไม่ใช่

(การสะสมเงินไว้กับบริษัทนั้นจะได้รับอัตราผลตอบแทนตามเงื่อนไขที่บริษัทกำหนด)

กรณีมีการคืนเบี้ยประกันภัยที่ชำระเป็นเงินสดหรือเช็คธนาคาร หรือมีเงินปันผล, เงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ เงินค่าสินไหม (ยกเว้นกรณีกรม) ให้รับผ่านบัญชีธนาคาร **SCB** สาขา **ชิดลม** เลขที่ **421-2-22222** ชื่อเจ้าของบัญชี **นายโจดี ดีใจ**



10100001

## ตัวอย่างการกรอกแบบฟอร์มตัดบัตรเครดิต

**ชำระค่าเบี้ยประกันชีวิตโดยการหักบัญชีบัตรเครดิต**

ถึง บมจ. เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต

ข้าพเจ้าขอมอบให้ บมจ. เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต ต่อไปนี้เรียกว่า บริษัทฯ เรือกับเงินค่าเบี้ยประกันชีวิต โดยหักจากบัญชีบัตรเครดิตของข้าพเจ้าตามจำนวนที่ปรากฏในใบแจ้งหนี้ของบริษัทฯ และนำเงินตามจำนวนที่หักดังกล่าว โอนเข้าบัญชีของบริษัทฯ ตามวิธีที่บริษัทฯ กำหนด โดยข้าพเจ้ายินยอมให้แบบฟอร์มนี้ มีผลใช้บังคับกับการเปลี่ยนแปลงรายละเอียดบัตรเครดิต ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตด้วย และข้าพเจ้าตกลงให้อำนาจบรรดาเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวกับการหักบัญชีบัตรเครดิตที่ธนาคารได้จัดทำขึ้นมีความถูกต้องทุกประการ

เรือกับเงินค่าเบี้ยประกันชีวิตโดยหักจากบัญชีบัตรเครดิต ประเภท

VISA    

หมายเลขบัตร **5 4 4 4 - 5 4 4 4 - 5 4 4 4 - 5 4 4 4**

วันหมดอายุ **03/25**

หมายเหตุ

- การหักเงินจากใบแจ้งหนี้ประกันชีวิตโดยหักบัญชีบัตรเครดิต รวมถึงการมีรายการผิดเบี่ยง หรือเงื่อนไขการบัญชีบัตรเครดิตใดๆ ที่ไม่ได้รับแจ้งให้ได้รับทราบล่วงหน้า โปรดแจ้งให้บริษัทฯ ทราบล่วงหน้าก่อน 3 วันทำการ ก่อนวันที่หักบัญชีบัตรเครดิต และขอสงวนสิทธิ์ให้บริษัทฯ ขอคืนเงินค่าเบี้ยประกันภัยที่มีผลใช้บังคับหากพบเงื่อนไขนี้ หรือบริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการหักเงินจากบัญชีบัตรเครดิตของบริษัทฯ
- การรับประกันภัยเพิ่มเติมและกรณีอื่นๆ ไม่เป็นอันนับว่าเป็นการหักเงินตามวิธีที่กล่าวมา

ชื่อผู้ถือบัตรเครดิต (ภาษาไทย) **นายโจดี ดีใจ**

วัน / เดือน / พ.ศ. **04 / 04 / 2518**

เลขที่บัตรประชาชน **3 2 2 7 8 9 5 6 5 6 2 1 2**

ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย **ผู้เอาประกัน**

ชื่อผู้เอาประกัน **นายโจดี ดีใจ**

โดยข้าพเจ้ายินยอมให้หักค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิต สำหรับการชำระงวดแรก

จำนวนเงิน **94,900** บาท โดยชำระแบบ  แบบเต็มจำนวน

และหากข้าพเจ้าประสงค์จะชำระค่าเบี้ยประกันภัยโดยวิธีอื่น (เงินสด) ตามจำนวนเงินที่ปรากฏในใบแจ้งหนี้ชำระค่าเบี้ยประกันภัย จากบัญชีบัตรเครดิตครั้งถัดไป กรณีที่ชำระด้วยบัตรเครดิตข้าพเจ้าขอแจ้งให้บริษัทฯ ทราบล่วงหน้าก่อนการหักบัญชีบัตรเครดิต

ประสงค์ให้ชำระงวดงวดแรก

\* ล่าช้าเมื่อชำระเงินล่าช้ากว่าเวลาที่ระบุไว้จะถือเป็นใบแจ้งหนี้ 2 งวดเต็มจำนวน

ข้าพเจ้ารับรองว่าเอกสารใบแจ้งหนี้ที่ได้รับแจ้งให้ใช้จำนวนนี้เป็นความถูกต้องทุกประการ

ลายเซ็นของผู้ถือบัตรเครดิต **นายโจดี ดีใจ**

วัน / เดือน / พ.ศ. **0 1 / 1 0 / 2 5 6 3**

เลขที่ใบคำขอ **6763100101**