



บริษัท เอไอเอ จำกัด
 สำนักงานคุณจริยาพร อาคาร C.I. TOWER 2/2 ถ.มทิตล ต.สุเทพ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200
 เจียระไน 6 เจริญทอง โทร. 053-808608 แฟกซ์. 053-808880

คณะอุตสาหกรรมเกษตร	
สารบรรณ	
รับที่	๑ ๗ 1
วันที่	28 ก.พ. 2566
เวลา	11.54 น.
ผู้รับ	ไพรรณภ รัช

28 กุมภาพันธ์ 2566

เรื่อง ขออนุญาตประชาสัมพันธ์โครงการประกันสุขภาพกลุ่ม

เรียน คณบดีคณะอุตสาหกรรมเกษตร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อ้างถึง โครงการประกันสุขภาพกลุ่มเดิม

สืบเนื่องจากที่ทางอาจารย์ พนักงาน ของทางคณะอุตสาหกรรมเกษตร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้เข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพกลุ่ม จำนวน 20 ท่าน กับ ทางบริษัท เอ ไอ เอ จำกัด โดยมีผลคุ้มครองตั้งแต่วันที่ 2 เมษายน ของทุกปี ทางบริษัทฯ ใ้ร่ขออนุญาตให้ผู้ประสานงานโครงการฯและทีมงาน ดำเนินการประชาสัมพันธ์โครงการในช่วงเดือน มีนาคม 2566 เพื่อทบทวนรายละเอียดของกรมธรรม์และเขียนเขียนสมาชิกเดิมรวมถึงรณรงค์สมาชิกใหม่เพิ่มเติมด้วย และขออนุญาตเก็บค่าเบี้ยประกันภัยในวันที่ 29 - 30 มีนาคม 2566 โดยโอนค่าเบี้ยประกันภัยเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย ชื่อบัญชี นางสาวศรดา ยอดสิงห์ เลขที่ 5210215156 เนื่องจากสถานการณ์โรคโควิดในปัจจุบัน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการ

เรียน คณบดี

- เพื่อโปรดทราบ และพิจารณา ด้วย บริษัท เอไอเอ จำกัด ได้ประชาสัมพันธ์โครงการประกันสุขภาพกลุ่ม โดยมีผลคุ้มครองตั้งแต่วันที่ 2 เมษายน ๒๕๖๖ หากท่านใดสนใจกรุณาจ่ายค่าเบี้ยประกันภัย ระหว่างวันที่ ๒๙-๓๐ มีนาคม ๒๕๖๖ ธนาคารกรุงไทย ชื่อธนาคารกรุงไทย ชื่อบัญชี นางสาวศรดา ยอดสิงห์ เลขที่ ๕๒๑๐๒๑๕๑๕๖

- เห็นควรแจ้งเวียนประชาสัมพันธ์เพื่อทราบโดยทั่วกัน (ทาง e-mail, ทางเว็บไซต์ของคณะ)

(นางวรรณ วิภาสกุลเด่น)

๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

๒๘ ก.พ. ๖๖
 ไพรรณภ รัช
 ๒๘ ก.พ. ๖๖
 11/3/11

ขอแสดงความนับถือ

ไพรรณภ

(นางสาวศรดา ยอดสิงห์)

ผู้ประสานงานโครงการ

- นน

- ดำเนินการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุจินดา ศรีวัฒนะ)

คณบดีคณะอุตสาหกรรมเกษตร

11/3/11

มี.ค. ๒๕๖๖

ความคุ้มครอง Coverage	ผลประโยชน์ Benefits	แผน 1 Plan 1	แผน 2 Plan 2	แผน 3 Plan 3	แผน 4 Plan 4	แผน 5 Plan 5
การประกันชีวิต LIFE INSURANCE	การเสียชีวิตเนื่องจากการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ Loss of Life by Sickness or Accident	150,000	250,000	350,000	450,000	550,000
การประกันภัยอุบัติเหตุ & DISABLEMENT (CONTINENTAL SCALE + PUBLIC ACCIDENT)	การเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุทั่วไป Loss of Life by Accident in General	150,000	250,000	350,000	450,000	550,000
	การเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุสาธารณภัย Loss of Life in Public Accident	300,000	500,000	700,000	900,000	1,100,000
	การสูญเสียการใช้งานแขนหรือขาข้างใดข้างหนึ่งโดยสิ้นเชิงถาวร Loss of or the Permanent Total Loss of Use of One Limb	150,000	250,000	350,000	450,000	550,000
	การสูญเสียการมองเห็นของตาข้างใดข้างหนึ่งโดยสิ้นเชิงถาวร Permanent Total Loss of Sight of One Eye	150,000	250,000	350,000	450,000	550,000
	สูญเสียความสามารถในการพูดและสูญเสียความสามารถ ในการได้ยินของหูทั้งสองข้าง Loss of Speech and Hearing of both Ears	150,000	250,000	350,000	450,000	550,000
	สูญเสียความสามารถในการพูด Loss of Speech	75,000	125,000	175,000	225,000	275,000
	สูญเสียเลนส์ตาเพียงข้างเดียวโดยสิ้นเชิงถาวร Permanent Total Loss of Lens of One Eye	75,000	125,000	175,000	225,000	275,000
	การทุพพลภาพโดยสิ้นเชิงถาวรเนื่องจากอุบัติเหตุ นานติดต่อกัน 12 เดือน Total & Permanent Disability by Accident for 12 consecutive months	150,000	250,000	350,000	450,000	550,000
การประกันภัย ทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร TOTAL & PERMANENT DISABILITY	การทุพพลภาพโดยสิ้นเชิงถาวรเนื่องจากอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยนานติดต่อกัน 180 วัน Total & Permanent Disability by an Accident Or Sickness for 180 consecutive days from the date of Accident or Sickness.	150,000	250,000	350,000	450,000	550,000
ค่ารักษาพยาบาล แบบผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาล และศัลยกรรม MEDICAL BENEFIT (IN - PATIENT)	ค่าห้องและค่าอาหารต่อวัน (สูงสุดไม่เกิน 31 วัน) Daily Room & Board (Max. 31 days per disability)	1,500	2,000	2,500	3,000	5,000
	ค่าห้องและค่าอาหารผู้ป่วยไอซียูต่อวัน (สูงสุดไม่เกิน 7 วัน) I.C.U. (Max. 7 days) รวมสูงสุดไม่เกิน 31 วันต่อการเจ็บป่วยหนึ่งครั้ง (Total Maximum Limit 31 days per disability)	3,000	4,000	5,000	6,000	10,000
	ค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ Other Hospital Services (OHS)	30,000	40,000	50,000	60,000	100,000
	ค่าแพทย์ผ่าตัด (แบบจ่ายตามจริง) Surgical Benefit (Non-Schedule)	30,000	40,000	50,000	60,000	100,000
	ค่าเยี่ยมของแพทย์ต่อวัน (1 ครั้งต่อวัน / สูงสุดไม่เกิน 31 วัน) In-hospital Doctor Call (1 call / day, Max. 31 days)	1,000	1,500	2,000	2,500	3,000
	ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกฉุกเฉิน (กรณีอุบัติเหตุ) ต่อกราบอดเจ็บแต่ละครั้ง (ค่าใช้จ่ายไม่รวมอยู่ใน ค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ) Emergency Out-Patient (Accident) is not included in Other Hospital Services (OHS)	6,000	7,000	8,000	9,000	10,000
ค่าบริการแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค (รวมอยู่ในค่ารักษา พยาบาลอื่นๆหรือค่าแพทย์ผ่าตัดแล้วแต่กรณี) Specialist Consultation Fee (included in OHS or SB)	6,000	7,000	8,000	9,000	10,000	
เบี้ยประกันภัยรายปี / พนักงาน 1 ท่าน (ANNUAL PREMIUM / EMPLOYEE)		3,396	4,809	6,222	7,635	11,294
เบี้ยประกันภัยศัลยกรรมผู้ป่วยในรายปี สำหรับคู่สมรสหรือบุตรต่อ 1 ท่าน (ANNUAL IN - PATIENT PREMIUM / DEPENDENT)		2,616	3,509	4,402	5,295	8,434

ติดต่อตัวแทน ๖ เอ็ม ๐๘๑-๖๖๔๙๐๖๓ โทรัม ๐๘๑-๒๕๔๒๕๕