

ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย..... อายุ.....ปี ตัวแทน..... รหัส..... หน่วย U..... เบอร์มือถือตัวแทน.....	ไปคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่..... <input type="checkbox"/> แบบไม่ตรวจสอบสุขภาพ <input type="checkbox"/> แบบตรวจสอบสุขภาพ
--	---

เอกสารที่นำส่ง (ทำเครื่องหมาย ใน ต้องมีทุกกรณี มีเฉพาะกรณี)
 กรุณาเรียงเอกสารตามลำดับ และตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและจำนวนเอกสารก่อนนำส่ง

ผู้ขอเอาประกันภัย อายุ 16 ปีขึ้นไป <input type="checkbox"/> 1. ใบรับเงินชั่วคราวเลขที่..... <input type="checkbox"/> 2. แบบสอบถามความต้องการของลูกค้าประกันชีวิต <input type="checkbox"/> 3. เอกสารประกอบการเสนอขายกรมธรรม์ <input type="checkbox"/> 4. ไปคำขอเอาประกันชีวิต <input type="checkbox"/> 5. หนังสือยินยอมและมอบอำนาจ 2 ฉบับ <input type="checkbox"/> 6. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน <input type="radio"/> ไปตรวจสอบสุขภาพ (กรณีเกินสิทธิ Non-Med) <input type="radio"/> ไปส่งตรวจสอบสุขภาพ (กรณีตรวจที่ศูนย์ตรวจสอบสุขภาพ) <input type="radio"/> ไปเสร็จรับเงินค่าตรวจสอบสุขภาพ (กรณีสำรองจ่าย)	ผู้ขอเอาประกันภัย อายุต่ำกว่า 16 ปี <input type="checkbox"/> 1. ใบรับเงินชั่วคราวเลขที่..... <input type="checkbox"/> 2. แบบสอบถามความต้องการของลูกค้าประกันชีวิต <input type="checkbox"/> 3. เอกสารประกอบการเสนอขายกรมธรรม์ <input type="checkbox"/> 4. ไปคำขอเอาประกันชีวิต <input type="checkbox"/> 5. หนังสือยินยอมและมอบอำนาจ 2 ฉบับ <input type="checkbox"/> 6. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ชำระเบี้ย <input type="checkbox"/> 7. สำเนาทะเบียนบ้าน / สูติบัตรผู้เยาว์ <input type="radio"/> สมุดบันทึกสุขภาพเด็ก (กรณีผู้เยาว์อายุน้อยกว่า 1 ปี) <input type="radio"/> ไปตรวจสอบสุขภาพ (กรณีเกินสิทธิ Non-Med) <input type="radio"/> ไปส่งตรวจสอบสุขภาพ (กรณีตรวจที่ศูนย์ตรวจสอบสุขภาพ) <input type="radio"/> ไปเสร็จรับเงินค่าตรวจสอบสุขภาพ (กรณีสำรองจ่าย)	ผู้ขอเอาประกันภัยชาวต่างชาติ <input type="checkbox"/> 1. ใบรับเงินชั่วคราวเลขที่..... <input type="checkbox"/> 2. แบบสอบถามความต้องการของลูกค้าประกันชีวิต <input type="checkbox"/> 3. เอกสารประกอบการเสนอขายกรมธรรม์ <input type="checkbox"/> 4. ไปคำขอเอาประกันชีวิต <input type="checkbox"/> 5. หนังสือยินยอมและมอบอำนาจ 2 ฉบับ <input type="checkbox"/> 6. สำเนาหนังสือเดินทาง(Passport & Visa) ทุกหน้า <input type="radio"/> สำเนาหนังสืออนุญาตให้ทำงานในประเทศไทย (Work Permit) ถ้ามี <input type="radio"/> ไปตรวจสอบสุขภาพ (กรณีเกินสิทธิ Non-Med) <input type="radio"/> ไปส่งตรวจสอบสุขภาพ (กรณีตรวจที่ศูนย์ตรวจสอบสุขภาพ) <input type="radio"/> ไปเสร็จรับเงินค่าตรวจสอบสุขภาพ (กรณีสำรองจ่าย)
---	--	--

หมายเหตุ : การตรวจสอบสุขภาพทุกราย จะต้องตรวจโดยแพทย์ที่บริษัทแต่งตั้งเท่านั้น มิฉะนั้นจะถือว่าผลตรวจเป็นโมฆะ

เอกสารอื่นๆ

- หนังสือขอให้หักบัญชีเงินฝากธนาคาร กรณีชำระเบี้ยรายเดือน พร้อมแนบสำเนาบัญชีธนาคาร
- สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร กรณีเลือกวิธีรับเงินคืนตามสัญญาเป็นการโอนเงินเข้าบัญชี
-

ชื่อพนักงานผู้รับ.....สาขา.....วันที่รับ.....

ข้อแนะนำการตรวจสอบใบคำขอ ก่อนนำส่ง – เพื่อลด Memo เนื่องจากข้อมูลและเอกสารประกอบใบคำขอที่ไม่สมบูรณ์ (ใน ยืนยันการตรวจแล้ว)

<ul style="list-style-type: none"> กรอกเบอร์มือถือของตัวแทน เพื่อความรวดเร็วในการติดต่อประสานงาน ตรวจสอบการกรอกรายละเอียดในใบคำขอ ว่าครบถ้วนถูกต้องทุกข้อพร้อมลงลายมือชื่อครบทั้ง 3 แผ่น ตรวจสอบที่อยู่ รหัสไปรษณีย์และเบอร์โทรศัพท์ของลูกค้าที่ต้องการให้ใช้เป็นที่ติดต่อ ว่าระบุข้อมูลครบถ้วนถูกต้อง ตรวจสอบการกรอกอาชีพ หน้าที่ความรับผิดชอบ ว่าชัดเจนพอที่จะพิจารณาขั้นอาชีพได้ถูกต้อง พร้อมระบุรายได้ต่อปี ตรวจสอบทุนประกัน / ผลประโยชน์ของแบบประกันหลักและสัญญาเพิ่มเติม ว่าถูกต้องตามกฎหมายเกณฑ์การรับประกัน ตรวจสอบถ้อยแถลงสุขภาพ ว่ากรอกครบทุกข้อและให้รายละเอียดครบถ้วน ในกรณีที่ระบุว่าเป็น ตรวจสอบเอกสารที่จะต้องนำส่งทั้งหมด ว่าครบถ้วนตามกฎหมายเกณฑ์การรับประกันที่กำหนด ตรวจสอบการคำนวณเบี้ยประกันภัยในตารางหน้าหลัง ว่าถูกต้องตามความคุ้มครองที่ซื้อ 	<input type="checkbox"/> ตรวจแล้ว <input type="checkbox"/> ตรวจแล้ว <input type="checkbox"/> ตรวจแล้ว <input type="checkbox"/> ตรวจแล้ว <input type="checkbox"/> ตรวจแล้ว <input type="checkbox"/> ตรวจแล้ว <input type="checkbox"/> ตรวจแล้ว <input type="checkbox"/> ตรวจแล้ว
--	--

ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย.....
 ไปคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่.....
 ชื่อผู้นำส่ง.....สาขา.....วันที่ส่ง.....

การคำนวณเบี้ยประกันภัย - เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเบี้ยประกันภัยที่จ่ายพร้อมใบคำขอ และความคุ้มครองที่ซื้อ

แบบประกันภัย	อัตราเบี้ยต่อพัน	ทุนประกันภัย / ผลประโยชน์	เบี้ยประกันภัย / ปี
แบบประกันภัยหลักแบบ..... (Plan Code.....)			
เบี้ยเพิ่มกรรมสิทธิ์หลักเนื่องจากอาชีพ			
สัญญาเพิ่มเติม CI			
เบี้ยเพิ่มสัญญาเพิ่มเติม CI เนื่องจากอาชีพ			
สัญญาเพิ่มเติม CANCER			
สัญญาเพิ่มเติม AI ชั้นอาชีพ.....			
บันทึกแนบท้าย RCCAI			
สัญญาเพิ่มเติม ADD ชั้นอาชีพ.....			
บันทึกแนบท้าย RCCADD			
สัญญาเพิ่มเติม PB	เบี้ยต่อร้อย.....X	เบี้ยประกันภัยหลัก...../100	
สัญญาเพิ่มเติม PBC	ผลประโยชน์PBC ต่อร้อย.....X	อัตราเบี้ยประกันภัย	
สัญญาเพิ่มเติม PBCI	เบี้ยต่อร้อย.....X	เบี้ยประกันภัยหลัก...../100	
สัญญาเพิ่มเติม PPOL/SUPER CARE ชั้นอาชีพ.....			
สัญญาเพิ่มเติม HB ชั้นอาชีพ.....			
สัญญาเพิ่มเติม OPD ชั้นอาชีพ.....			
	รวมเบี้ยประกันภัยรายปี		
งวดการชำระเบี้ย <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 12 เดือน ตัวคูณ(1)x0.09 (3)x0.27 (6)x0.52 (12)x1	เบี้ยประกันภัยรายงวดที่ชำระพร้อมใบคำขอ =เบี้ยประกันภัยรายปี x ตัวคูณ		

***หมายเหตุ** กรณีชำระเบี้ยประกันภัยรายเดือน จะต้องชำระเบี้ยประกันภัย 2 งวด

สำหรับบันทึกข้อมูล
