

..ประชุมชี้แจง..

แผนสวัสดิการ & ความคุ้มครองประกันสุขภาพกลุ่ม

ปีงบประมาณ 2569

(1 ตุลาคม 2568 ถึง 30 กันยายน 2569)



AGENDA OVERVIEW

- การเบิก Flexible Benefits ปีงบประมาณ 2568
- + • การเลือกแผนประกันฯ ผ่านระบบ Flexible Benefits
- ประกันสุขภาพกลุ่ม ปีงบประมาณ 2569
- + • Group Health Insurance
(โดย บริษัท เอไอเอ จำกัด)

FLEXIBLE BENEFITS ปีงบประมาณ 2568

! IMPORTANT

โปรดทำการเบิก FLEXIBLE BENEFITS ให้แล้วเสร็จ

ก่อนวันที่ 25 กันยายน 2568

(สถานะการเบิก : ส่วนงานตรวจสอบแล้ว)



1. ไม่เป็นส่วนหนึ่งของ “ประกันสุขภาพกลุ่ม”
2. เบิกจ่ายผ่านระบบออนไลน์ของมหาวิทยาลัย เท่านั้น



<https://flexbenefits.mis.cmu.ac.th/>

3. เบิกได้ไม่จำกัดจำนวนครั้ง แต่ต้องไม่เกินวงเงินคงเหลือ
4. ใบเสร็จรับเงิน มีอายุ 1 ปี นับแต่วันที่ออกใบเสร็จ
5. เบิกได้เฉพาะตนเองเท่านั้น ไม่รวมญาติสายตรง
6. รูปแบบการเบิก จะต้องครบตามเงื่อนไขที่กำหนด

1

วันนี้ ถึง 25 กันยายน 2568

- ทำรายการเบิก Flexible Benefits ปีงบประมาณ 2568
- ส่วนงานตรวจสอบ และ ส่งถึง กองทรัพยากรบุคคล
- ขอความร่วมมือในการเบิก Flexible Benefits ให้ครบถ้วน ก่อนระยะเวลาที่กำหนด เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ขอเบิก

2

30 กันยายน 2568

ปิดระบบการเบิกปีงบประมาณ 2568
เวลา 23.59 น.

3

1-15 ตุลาคม 2568

หากมีการติดกลับแก้ไข... สถานะ

- ติดกลับจากส่วนงาน
- ติดกลับจากกองบุคคล

ให้บุคลากรดำเนินการแก้ไขรายการตามแจ้ง และ ส่วนงานดำเนินการตรวจสอบภายใน วันที่ 15 ตุลาคม 2568

หากบุคลากร หรือ ส่วนงาน ดำเนินการภายหลังวันที่ 15 ตุลาคม 2568
จะถือว่าไม่ได้รับ “สิทธิการเบิก”

4

5 พฤศจิกายน 2568
เวลา 10.00 น.

เปิดระบบ Flexible Benefits
เพื่อเบิกสวัสดิการปีงบประมาณ 2569

วันที่ 1 ต.ค 68 - 4 พ.ย 68
ITSC ปรับปรุงแก้ไขระบบ
เพื่อประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้น

20 สิงหาคม 2568 10.00 น. ถึง
22 กันยายน 2568 เวลา 10.00 น.

- พณ.งบประมาณแผ่นดิน เข้าเลือกแผนสวัสดิการ (แผนประกัน + วงเงิน Flexible Benefits)
- มี E-mail แจ้งยืนยันการเลือกแผนทุกครั้ง
- เมื่อเข้าทำรายการเลือกแผนสวัสดิการแล้ว สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ถึงวันที่ 22 กันยายน 68 และ จะถือเอาการเปลี่ยนแปลงรายการสุดท้าย เป็นแผนที่บุคลากรเลือก
- หากท่านไม่ทำรายการเลือกตามระยะเวลาที่กำหนด เพื่อประโยชน์สูงสุดของบุคลากร มหาวิทยาลัยขอสงวนสิทธิ์ในการกำหนดแผนสวัสดิการให้แก่บุคลากร กรณีที่ไม่ประสงค์เลือกแผนสวัสดิการ

22 กันยายน 2568

ปิดระบบเลือกแผนสวัสดิการ
flexible Benefits

ปีงบประมาณ 2569 เวลา 10.00 น.

21 สิงหาคม 2568

เปิดระบบเลือกแผนสวัสดิการ
flexible Benefits

ปีงบประมาณ 2569 เวลา 10.00 น.



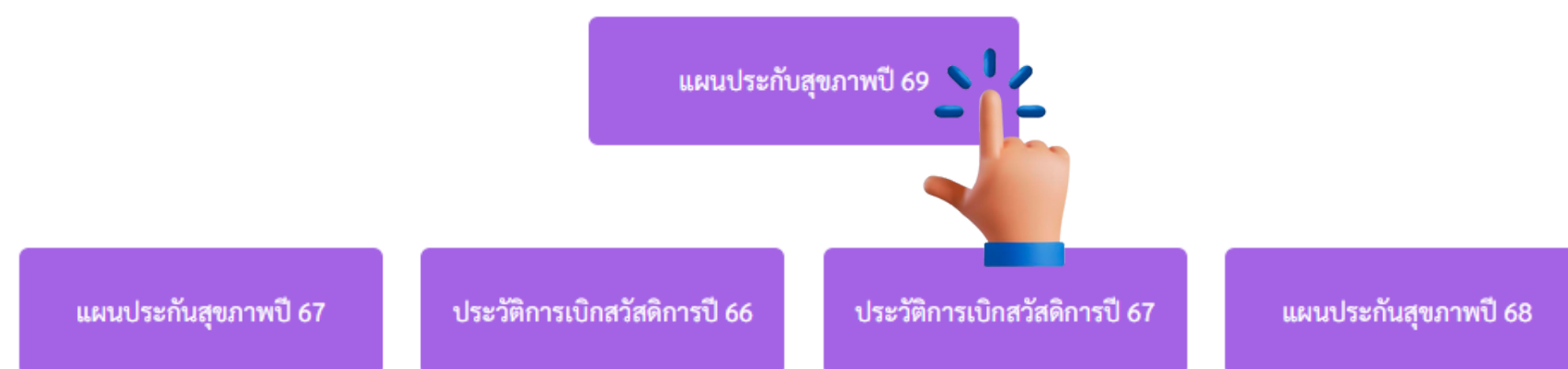
สวัสดีการสุขภาพ ปีงบประมาณ 2569

วงเงิน 8,000 บาท / คน / ปีงบประมาณ

สำหรับพนักงานมหาวิทยาลัย งบประมาณแผ่นดิน

NEW

เข้าระบบ Flex (เว็บเก่า) >> คลิก แผนประกัน >> คลิก เบิกสวัสดิการปี 69



!! ขณะนี้หมดช่วงเวลาในการเลือกแผนประกันกลุ่ม ประจำปีงบประมาณปี 2568 แล้ว
ผู้ที่ยังไม่ได้เลือกตามเวลาที่กำหนด ท่านจะถูกเลือกแผนประกันกลุ่ม แผนที่ 2 ให้อัตโนมัติ !!

เว็บ Flex (ใหม่) Login E-mail CMU อีกครั้ง >> คลิก แผนประกันสุขภาพปี 69



หน้าแรก

กฎ/ระเบียบ/ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ▾

แผนประกัน ▾

ประวัติการเบิกสวัสดิการ ▾

เข้าสู่ระบบ →

เข้าสู่ระบบ →



เว็บ Flex (ใหม่) Login E-mail CMU อีกครั้ง >> คลิก แผนประกันสุขภาพปี 69



หน้าแรก

กฎ/ระเบียบ/ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ▾

แผนประกัน ▾

ประวัติการเบิกสวัสดิการ ▾

จิระวดี จิระกังวาน [→]

เลือกปีที่ต้องการดูข้อมูล

แผนประกันสุขภาพปี 69



แผนประกันสุขภาพปี 67

ประวัติการเบิกสวัสดิการปี
66

ประวัติการเบิกสวัสดิการปี
67

แผนประกันสุขภาพปี 68



บุคลากรสามารถเลือกแผนสวัสดิการ ประจำงบประมาณปี 2569 ของตนได้ ตั้งแต่วันที่ 20 สิงหาคม 2568 - 22 กันยายน 2568 10.00 น.

เลือกแผนประกันสุขภาพ

รายละเอียดแผนประกัน



แผนที่ 1

Flex: 5,186 บาท

- ✓ ค่าห้องและค่าอาหาร 1,000
- ✓ ค่าชดเชยรายวัน 1,000
- ✓ อุบัติเหตุฉุกเฉิน 5,000
- ✓ ผู้ป่วยนอก (OPD) 500

เลือกแผนนี้ →



แผนที่ 2

Flex: 2,496 บาท

- ✓ ค่าห้องและค่าอาหาร 1,500
- ✓ ค่าชดเชยรายวัน 1,500
- ✓ อุบัติเหตุฉุกเฉิน 5,000
- ✓ ผู้ป่วยนอก (OPD) 700

เลือกแผนประกัน →



แผนที่ 3

Flex: 139 บาท

- ✓ ค่าห้องและค่าอาหาร 2,500
- ✓ ค่าชดเชยรายวัน 2,500
- ✓ อุบัติเหตุฉุกเฉิน 5,000
- ✓ ผู้ป่วยนอก (OPD) 1,100

เลือกแผนประกัน →



แผนที่ 4

Flex: 5,800.40 บาท

- ✓ ค่าห้องและค่าอาหาร 700
- ✓ ค่าชดเชยรายวัน 700
- ✓ อุบัติเหตุฉุกเฉิน 3,500
- ✓ ผู้ป่วยนอก (OPD) 500

เลือกแผนประกัน →



แผนประกันสุขภาพที่ท่านเลือก 1

วงเงิน Flexible Benefits / แผน / ปีงบประมาณ : 5,186 บาท

ยืนยันการเลือกแผนประกันสุขภาพ

เปลี่ยนแผน

CMU
CHIANG MAI UNIVERSITY

หน้าแรกกฎ/ระเบียบ/ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง▼แผนประกัน▼ประวัติการเบิกสวัสดิการ▼

จรรยาบรรณ จรรยาบรรณ [→]

แผนที่ 1

Flex: 5,186 บาท

✓ ค่าห้องและค่าอาหาร 1,000

✓ ค่าชดเชยรายวัน 1,000

✓ อุบัติเหตุฉุกเฉิน 5,000

✓ ผู้ป่วยนอก (OPD) 500

เลือกแผนนี้ →

แผนที่ 2

Flex: 2,496 บาท

✓ ค่าห้องและค่าอาหาร 1,500

✓ ค่าชดเชยรายวัน 1,500

✓

✓

ยืนยัน

แผนที่ 3

Flex: 139 บาท

✓ ค่าห้องและค่าอาหาร 2,500

✓ ค่าชดเชยรายวัน 2,500

✓

✓

Cancel

แผนที่ 4

Flex: 5,800.40 บาท

✓ ค่าห้องและค่าอาหาร 700

✓ ค่าชดเชยรายวัน 700

✓ อุบัติเหตุฉุกเฉิน 3,500

✓ ผู้ป่วยนอก (OPD) 500

เลือกแผนประกัน →

✓

แผนประกันสุขภาพที่ท่านเลือก 1

วงเงิน Flexible Benefits / แผน / ปีงบประมาณ : 5,186 บาท

🔔 ยืนยันการเลือกแผนประกันสุขภาพ

เปลี่ยนแผน

ยืนยันการเลือกแผนประกันสุขภาพ?

ยืนยัน

Cancel



แผนประกันสุขภาพที่คุณเลือก

สรุปรายละเอียดแผนประกันสุขภาพที่คุณได้เลือกไว้



แผนที่ 1

แผนประกัน

แก้ไขการเลือก

ข้อมูลค่าเบี้ยประกัน

Flexible Benefits: 5,186 บาท

สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

✓ ค่าห้องและค่าอาหาร 1,000

✓ ค่าชดเชยรายวัน 1,000

✓ อุบัติเหตุฉุกเฉิน 5,000

✓ ผู้ป่วยนอก (OPD) 500



แผนที่เลือกแล้ว

คุณได้เลือกแผนประกันสุขภาพ "1" เรียบร้อยแล้ว

แจ้งเดือนจากระบบสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยืดหยุ่น Flexible Benefits

no-reply-flex@cmu.ac.th
To: JIRAWADEE JIRAKANGWAN
Wed 20-Aug-25 10:22 AM



แจ้งเดือนจากระบบสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยืดหยุ่น Flexible Benefits

วันที่เลือกแผน : วันพุธที่ 20 สิงหาคม 2568 เวลา 10:22 น.
ชื่อ - สกุล : ชื่อ-สกุล
หน่วยงาน : สำนักบริการเทคโนโลยีสารสนเทศ
แผนประกันสุขภาพประจำปีงบประมาณ 2569 ที่ท่านเลือกคือ : แผน 1 | วงเงิน Flexible Benefits 5,186 บาท

สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ :

- ค่าห้องและค่าอาหาร 1,000
- ค่าชดเชยรายวัน 1,000
- อุบัติเหตุฉุกเฉิน 5,000
- ผู้ป่วยนอก (OPD) 500

หมายเหตุ

- หมายเหตุ: ท่านมีเวลาแก้ไขแผนประกันที่ต้องการได้ ตั้งแต่ วันนี้ - 22 กันยายน 2568 10.00 น.
- ดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ : [รายละเอียด](#)

Reply Forward

เช็คความถูกต้อง
การเลือกแผนใน
E-mail อีกครั้ง

แผนประกันสุขภาพ

สรุปรายละเอียดแผนประกัน

แผนประกันงบประมาณ
ปี 67

แผนประกันงบประมาณ
ปี 68

แผนประกันงบประมาณ
ปี 69

Re-check แผนประกัน

แผนที่ 4 แผนประกัน

แก้ไขการเลือก

ข้อมูลวงเงิน

Flexible Benefits: 5,800.40 บาท

สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

✓ ค่าห้องและค่าอาหาร 700

✓ ค่าชดเชยรายวัน 700

✓ อุบัติเหตุฉุกเฉิน 3,500

✓ ผู้ป่วยนอก (OPD) 500



แผนที่เลือกแล้ว

คุณได้เลือกแผนประกันสุขภาพ "4" เรียบร้อยแล้ว

2569

ประกันสุขภาพกลุ่ม

ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2568 ถึง 30 กันยายน 2569



โดย บริษัท เอไอเอ จำกัด

แผนความคุ้มครองบุคลากรงบประมาณแผ่นดิน ปีงบประมาณ 2569

ประกันกลุ่ม <u>ความคุ้มครอง</u>	<u>แผน 1</u> ค่าเบี้ย <u>2,814.-</u>	<u>แผน 2</u> ค่าเบี้ย <u>5,504.-</u>	<u>แผน 3</u> ค่าเบี้ย <u>7,861.-</u>	<u>แผน 4</u> ค่าเบี้ย <u>2,199.60.-</u> <u>ลดความคุ้มครอง</u>
ผู้ป่วยใน (IPD) ค่าห้องและค่าอาหาร <u>สูงสุด 31 วัน</u> (ต่อการเข้ารักษาโรคนั้น)	1,000.-	1,500.-	2,500.-	700.-
ค่าชดเชยรายวัน	1,000.-	1,500.-	2,500.-	700.-
อุบัติเหตุฉุกเฉิน	5,000.-	5,000.-	5,000.-	3,500.-
ผู้ป่วยนอก (OPD) ค่าตรวจรักษาและค่ายา - วันละครั้ง <u>31 ครั้ง</u> / ปีกรมธรรม์	500.-	700.-	1,100.-	500.-
วงเงิน Flexible benefits	5,186.-	2,496.-	139.-	5,800.40.-



แผนความคุ้มครองของพนักงานในสังกัดส่วนงานทุกประเภท รวมถึงเงินรายได้
และกลุ่มผู้เกษียณ ปีงบประมาณ 2569 (ชำระเบี้ยประกันเอง)
ผู้เกษียณสามารถสมัครประกันสุขภาพกลุ่ม โดยแจ้งความประสงค์ผ่าน HR ส่วนงาน
(เริ่มคุ้มครอง 1 ตุลาคม 2568)

ประกันกลุ่ม ความคุ้มครอง	แผน 1 ค่าเบี้ย 2,536.-	แผน 2 ค่าเบี้ย 5,504.-	แผน 3 ค่าเบี้ย 7,861.-	แผน 4 ค่าเบี้ย 2,199.60.- ลดความคุ้มครอง
ผู้ป่วยใน (IPD) ค่าห้องและค่าอาหาร สูงสุด 31 วัน (ต่อการเข้ารักษาโรคนั้น)	1,000.-	1,500.-	2,500.-	700.-
ค่าชดเชยรายวัน	1,000.-	1,500.-	2,500.-	700.-
อุบัติเหตุฉุกเฉิน	5,000.-	5,000.-	5,000.-	3,500.-
ผู้ป่วยนอก (OPD) ค่าตรวจรักษาและค่ายา - วันละครั้ง 31 ครั้ง / ปีกรมธรรม์	500.-	700.-	1,100.-	500.-
ทุกประเภท : ข้าราชการ , ลูกจ้างประจำ , พนักงานโครงการ ฯลฯ				

การสมัครประกันสุขภาพกลุ่ม

กรณี พนักงานส่วนงานทุกประเภท รวมถึงเงินรายได้ และผู้เกษียณ

1

แจ้งความประสงค์
-สมัคร-
ประกันสุขภาพกลุ่ม AIA
ผ่าน HR ส่วนงาน

2

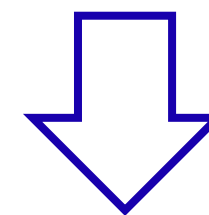
ส่วนงานตรวจสอบ
ความถูกต้อง ครบถ้วน



รวบรวมรายชื่อ
ส่งเอกสารและไฟล์ excel มายัง
กองทรัพยากรบุคคล
ผ่าน E-mail : supisara.k@cmu.ac.th
และ arissara.vich@cmu.ac.th

3

กองทรัพยากรบุคคล
นำส่งข้อมูลรายชื่อ
ไปยัง

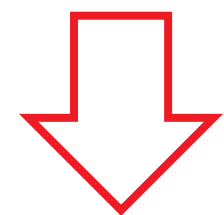


บริษัท เอไอเอ จำกัด



4

หลังจาก AIA ได้รับข้อมูล
ดำเนินการ 15 วันทำการ



วางบิล

****ภายในวันที่ 22 กันยายน 2568****
ก่อน 16.30 น.





บริษัท เอไอเอ จำกัด

เอไอเอ ทาวเวอร์ 2

181 ถนนสุขุมวิท เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

โทรศัพท์ 0 2634 8888 โทรสาร 0 2638 7721

AIA.CO.TH

นามผู้ถือกรมธรรม์

Name of Policyholder

กรมธรรม์ประกันชีวิตกลุ่มเลขที่

Group Insurance No.

ใส่ชื่อส่วนงาน

รายงานเพิ่มเติม

REPORT OF ADDITION

(กรุณาแจ้งเลขที่กรมธรรม์ประกันชีวิตกลุ่มของท่านทุกครั้งที่ติดต่อกับบริษัทฯ)

- ข้อควรปฏิบัติ ๑. การเพิ่มเติม-ให้แนบบแบบสมัคร และรายชื่อสมาชิกผู้มีสิทธิเข้าร่วมแต่ละคนที่ได้ปฏิบัติงานติดต่อกันมาดังปรากฏตามวันที่เข้าทำงาน และปัจจุบันกำลังปฏิบัติงานเต็มเวลาเพื่อรับเงินค่าแรงเต็ม
๒. ถ้ามิได้รับรายงานเพิ่มเติมภายในระยะเวลาของการมีสิทธิภายใต้กรมธรรม์ของท่านแล้วจะต้องยื่นหลักฐานตามแบบฟอร์มประกันชีวิตกลุ่ม เพื่อแสดงความสามารถในการทำประกัน และ เอไอเอ จะรับก็ต่อเมื่อพอใจ และเห็นชอบด้วย
- N.B. 1. For Additions, attach Enrollment Forms and list each employee who has been continuously in your employ since the date of employment shown and is at present working full-time and for full pay.
2. If an Addition is not reported within the eligibility period under your policy, an Evidence of Insurability for Group Insurance form must be submitted for AIA's approval before Group Insurance is granted.

ใบรับรอง/ เลขประจำตัวพนักงาน Certificate/ Employment No.	รายชื่อสมาชิกผู้มีสิทธิเข้าร่วม Name of Eligible Members	เพศ Sex	โสด,แต่งงาน หย่า Marital Status	วัน เดือน ปีเกิด (ค.ศ.) Date of Birth (A.D.)			เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทาง(สำหรับชาวต่างชาติ) ID Card / Passport No.for foeigner	วันที่เข้าทำงาน (ค.ศ.) Date of Employment (A.D.)			ตำแหน่ง Position	แผน Plan	สำหรับ เอไอเอ For AIA use				
				วันมีผลบังคับ Effective Date				หมายเหตุ Remarks									
				วัน D	เดือน M	ปี ค.ศ. Y (A.D.)							วัน D	เดือน M	ปี ค.ศ. Y (A.D.)		

รหัสพนักงาน

ช่องหมายเหตุ : ใส่เลขบัญชี

รหัสพนักงาน

ช่องหมายเหตุ : ใส่เลขบัญชีพนักงาน

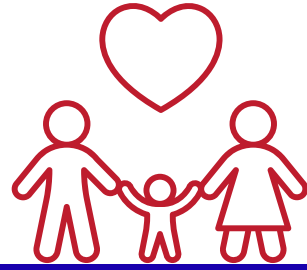
ไฟล์ Excel ส่งมาที่ E-mail : supisara.k@cmu.ac.th และ arissara.vich@cmu.ac.th

หมายเหตุ : กรณีผู้เอาประกันเงินรายได้ส่วนงาน และแจ้งเข้าระหว่างปี สำหรับ HR ส่วนงาน

1. ระบุเลขบัญชีสำหรับการเคลมประกันไว้ในช่องหมายเหตุ (กรณีแจ้งเข้า และ แจ้งโอนย้ายหน่วยงาน)
2. ระบุ วัน เดือน ปี เป็น **ค.ศ.** เท่านั้น เพื่อความรวดเร็วในการแจ้งเข้า แจ้งออก แจ้งย้าย
3. การแจ้งเข้า ดำเนินการย้อนหลังได้ไม่เกิน 30 วัน หากเกินกำหนดต้องแถลงสุขภาพ
4. การแจ้งออก ให้ HR ส่วนงานดำเนินการแจ้งทันที และแจ้งกับพนักงาน**ลาออก=สิ้นสุดความคุ้มครอง**

เงื่อนไขบริษัท AIA :

1. หากเคลมค่ารักษาพยาบาลจาก AIA ไปแล้วทุกกรณี **ไม่สามารถ**เคลมค่าชดเชยรายวันจาก AIA ได้
2. **ไม่**สามารถเคลมค่าทันตกรรมได้ ยกเว้นกรณีอุบัติเหตุ (พิจารณาจากคำวินิจฉัยของแพทย์)
3. **ไม่**สามารถเคลมค่าใบรับรองแพทย์ได้
4. **ไม่**สามารถเคลมค่ารักษาอาการหุดห้ายใจขณะนอนหลับได้



แผนความคุ้มครองญาติสายตรง : เฉพาะ คู่สมรสและบุตร
 บุคลากรที่ประสงค์ทำประกันสุขภาพ(กลุ่ม) ให้แก่ญาติสายตรง
สามารถกรอกแบบฟอร์มใบสมัครได้ที่ HR ส่วนงาน

ความคุ้มครอง

แผน 5
 (ค่าเบี้ย 9,559.-)

ผู้ป่วยใน (IPD)

ค่าห้องและค่าอาหาร สูงสุด 31 วัน
 (ต่อการเข้ารักษาโรคนั้น)

700.-

ค่าชดเชยรายวัน

700.-

อุบัติเหตุฉุกเฉิน

3,500.-

ผู้ป่วยนอก (OPD)

ค่าตรวจรักษาและค่ายา - วันละครั้ง
31 ครั้ง / ปีกรมธรรม์

500.-

เงื่อนไข :

1. กรณีบุตรอายุตั้งแต่ 2 สัปดาห์
 แต่ไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ หรือ
 ขยายความคุ้มครองถึง 23 ปีบริบูรณ์
 กรณียังเป็นนักศึกษาและโสด
2. กรณีคู่สมรส อายุไม่เกิน 65 ปี
3. จำนวนผู้สมัคร **ไม่น้อยกว่า 650 ราย**
4. **ไม่มี**วงเงินประกันชีวิตและอุบัติเหตุ
5. หากเคลมค่ารักษาพยาบาลจาก
 AIA ไปแล้วทุกกรณี **ไม่สามารถ**
 เคลมค่าชดเชยรายวันจาก AIA ได้

เอกสาร : ใบสมัครประกันภัยสายตรง

บริษัท เอไอเอ จำกัด
AIA Company Limited
ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่ม / Application for Group Insured

FOR AIA USE

ใบรับรองเลขที่

วันที่รับเอกสาร

วันที่มีผลบังคับ

ผู้ถือกรมธรรม์ (ชื่อหน่วยงาน / บริษัท) Policyholder name..... กรมธรรม์เลขที่ / Policy No.

ข้าพเจ้า / Name ☐ นาย / Mr. ☐ นาง / Mrs. ☐ นางสาว / Miss ☐ อื่นๆ / others..... ผู้ขอเอาประกันภัย / Applicant

วัน/เดือน/ปีเกิด / Date of Birth(d/m/y) อายุ / Ageปี / year ส่วนสูง / Height น้ำหนัก / Weight

สถานภาพ / Status ☐ โสด / Single ☐ สมรส / Married ☐ หม้าย / Widow ☐ หย่า / Divorce

☐ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน / ID Card no. ☐ บัตรข้าราชการเลขที่ / Passport no.

อาชีพ / Occupation ตำแหน่ง / Position ฝ่าย / Department

☒ เป็นสมาชิก/พนักงานราชการ/ข้าราชการ/ลูกจ้าง ของผู้ถือกรมธรรม์ / Be Employee วันที่เริ่มทำงาน / Date of Employment.....

☐ เป็นคู่สมรส / Be Spouse ☐ บุตร / Be Child ของ(ชื่อ / Be Employee) สมาชิก / พนักงานราชการ / ข้าราชการ / ลูกจ้าง ของผู้ถือกรมธรรม์

โปรดแจ้งผู้รับประโยชน์ / ความสัมพันธ์ *ในกรณีที่มีการแก้ไข ขาดลบ ชิดฆ่า โปรดเซ็นชื่อกำกับ / Please specify your beneficiary, in case of any change your endorsement is required.

ชื่อผู้รับประโยชน์ / Beneficiary	ความสัมพันธ์ / Relationship	ที่อยู่ / Address
.....		
.....		

1 ท่านเคยได้รับการรักษา หรือเคยได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ว่าท่านเป็น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคตับ โรคมะเร็ง หรือความไม่ปกติอื่นอย่างร้ายแรงหรือไม่ (Have you ever been treated for told you have heart disease, high blood pressure, diabetes, liver disease, cancer or any other serious diseases?) ☐ เคย Yes ☐ ไม่เคย No

2 ในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บร้ายแรง หรือเคยปรึกษาแพทย์ หรือได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือคลินิกแพทย์ หรือได้รับคำแนะนำให้ทำการรักษาใดๆที่ได้กล่าวข้างต้นหรือไม่ (Have you ever suffered form a sustained illness or had a serious injury, received consultation, or been treated in a hospital or clinic, or been advised about any treatment during the past 2 years?) ☐ เคย Yes ☐ ไม่เคย No

3 ท่านเคยได้รับการผ่าตัด หรือ ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้ผ่าตัดเช่นนั้นหรือไม่ (Have you ever had, or been advised to have, any surgical operation?) ☐ เคย Yes ☐ ไม่เคย No

การสมัครประกันสุขภาพกลุ่ม กรณี ญาติสายตรง คู่สมรส และ บุตร

1

แจ้งความประสงค์
- สมัครให้แก่ คู่สมรส บุตร -
ผ่าน HR ส่วนงาน

- คู่สมรส
- บุตร

2

กรอกเอกสารใบสมัคร
พร้อมแนบ...

1. ใบสมัครผู้เอาประกัน
2. สำเนาบัตรประชาชน
3. สำเนาสูติบัตร (กรณี บุตร)

ส่งเอกสารทั้งหมด
ที่ HR ส่วนงาน

กรณีสมัครให้ญาติสายตรง
ให้ระบุชื่อสมาชิกหลักใบสมัคร

3

ส่วนงานตรวจสอบ
ความถูกต้อง ครบถ้วน



จัดส่งเอกสารมายัง
กองทรัพยากรทุนมนุษย์

****ภายในวันที่ 19 กันยายน 2568****

4

กองทรัพยากรทุนมนุษย์
นำส่งข้อมูล/เอกสาร
ไปยัง
บริษัท เอไอเอ จำกัด



****วันที่ 24 กันยายน 2568****



ไม่รับชำระผ่านบัตรเครดิต



AIA รับข้อมูล ส่งเอกสารผู้รับผลประโยชน์ มายังมหาวิทยาลัยฯ

มหาวิทยาลัยฯ ส่งรายชื่อ
ไปยังบริษัท AIA



มหาวิทยาลัยฯ
ส่งเอกสารผู้รับผลประโยชน์
ไปยังส่วนงาน

ส่วนงาน
แจ้งผู้เอาประกันระบุผู้รับผลประโยชน์
และเก็บเอกสารไว้ที่ส่วนงาน

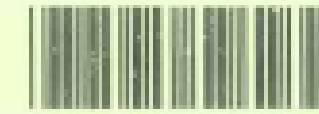
บริษัท เอไอเอ จำกัด AIA COMPANY LIMITED ฝ่ายประกันกลุ่ม สำนักงานภาคประเทศไทย		ใบสมัครขอเอาประกันภัยพนักงาน Employee Enrollment Form FE00	
นามนายจ้าง (ชื่อบริษัท หรือ ห้างร้าน) Name of Employer		สำหรับ บริษัท เอ.ไอ.เอ. For AIA Use	
ชื่อพนักงาน Name of Employee		กรมธรรม์ประกันกลุ่มเลขที่ Group No.	ใบรับรองเลขที่ Certificate No.
เลขที่บัตรประชาชน ID Card		โปรดแจ้งผู้รับประโยชน์ และระบุความสัมพันธ์	
เพศ Sex ชาย Male หญิง Female	สถานะ โสด Single สมรส Married	วัน เดือน ปี เกิด Date of Birth ๖ D ๓ M ๖ Y	วันที่เริ่มทำงาน Date of employment ๖ D ๓ M ๖ Y
* กรณีที่มีการแก้ไข ชื่อนาม ชุมชน โปรดเขียนชื่อกำกับด้วย ชื่อผู้รับประโยชน์ Beneficiary		ความสัมพันธ์ Relationship	
ในกรณีที่ท่านมีส่วนออกเงินสมทบสำหรับตัวท่านเอง และผู้ถือในรูปการของท่าน โปรดอ่านข้อความข้างล่างนี้ : ณ ที่นี้ ข้าพเจ้าตกลง และรับใบสมัครขอเอาประกันภัยพนักงาน และจำนวนเงินเอาประกันภัยกลุ่มที่ข้าพเจ้ามีสิทธิภายใต้สัญญาที่ออกโดย บริษัท เอไอเอ จำกัด และข้าพเจ้าขอผูกมัดให้นายจ้างหักเงินรายได้ของข้าพเจ้า เพื่อชำระเบี้ยประกันกลุ่มของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าสวามิภักดิ์ ไม่ขอผูกมัดให้นายจ้างหักเงินรายได้ของข้าพเจ้าเมื่อไรก็ได้ โดยแจ้งไว้กับบริษัททราบล่วงหน้าเป็นลายลักษณ์อักษร อนึ่ง เป็นที่ตกลงและเข้าใจว่าสิทธิ ดังกล่าวข้างต้นจะมีผลต่อเมื่อได้แจ้งให้นายจ้างทราบเป็นลายลักษณ์อักษรล่วงหน้า 30 วัน และการคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันกลุ่มที่ข้าพเจ้า มีส่วนร่วมออกเงินสมทบจะสิ้นสุดลงตั้งแต่วันที่มิได้หักเงินรายได้ของข้าพเจ้า			
ถ้าท่านประสงค์ให้มีประกันภัยผู้ถือในรูปการะ โปรดกรอกใบสมัคร ขอเอาประกันภัยผู้ถือในรูปการะด้วย If you are provided with dependent coverage and are enrolling your dependents, please complete a "Dependent Enrollment Form".		วันที่ Date	ลายเซ็นพนักงานผู้สมัคร / ผู้เอาประกันภัย Signature of Employee





บริษัท เอไอเอ จำกัด
AIA COMPANY LIMITED
ฝ่ายประกันกลุ่ม สำนักงานภาคประเทศไทย

ใบสมัครขอเอาประกันภัยพนักงาน
Employee Enrollment Form



FE00

นามนายจ้าง (ชื่อบริษัท หรือ ห้างร้าน) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Name of Employer			
ชื่อพนักงาน นางสาวกองทุน สวัสดิการ Name of Employee			
เลขที่บัตรประชาชน 1 1 1 1 1 1 0 1 1 2 3 4 5 ID.Card.			
เพศ Sex		วัน เดือน ปี เกิด Date of Birth	วันที่เริ่มทำงาน Date of employment
ชาย ☐	โสด ☒	 01/02/1982 วัน เดือน ปี Y	 01/02/2000 วัน เดือน ปี Y
หญิง ☒	สมรส ☐		
Female	Married		

สำหรับ บริษัท เอ. ไอ. เอ. For AIA Use	
กรรมกรประกันกลุ่มเลขที่ Group No.	ใบรับรองเลขที่ Certificate No.

โปรดแจ้งผู้รับประโยชน์ และระบุความสัมพันธ์

* กรณีที่มีการแก้ไข ชื่อนาม ขูดลบ โปรดเซ็นชื่อกำกับด้วย

ชื่อผู้รับประโยชน์ Beneficiary	ความสัมพันธ์ Relationship
XXXX XXXX	บิดา
XXXX XXXX	มารดา

ในกรณีที่ท่านมีส่วนออกเงินสมทบสำหรับตัวท่านเอง และผู้อยู่ในอุปการะของท่าน โปรดอ่านข้อความข้างล่างนี้ :

ณ ที่นี้ ข้าพเจ้าตกลง และรับใบสมัครขอเอาประกันภัยพนักงาน และจำนวนเงินเอาประกันภัยกลุ่มที่ข้าพเจ้ามีสิทธิภายใต้สัญญาที่ออกโดยบริษัท เอไอเอ จำกัด และข้าพเจ้าอนุญาตให้นายจ้างหักเงินรายได้ของข้าพเจ้า เพื่อชำระเบี้ยประกันภัยส่วนของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าสงวนสิทธิที่จะไม่อนุญาตให้นายจ้างหักเงินรายได้ของข้าพเจ้าเมื่อไรก็ได้ โดยแจ้งให้บริษัททราบล่วงหน้าเป็นลายลักษณ์อักษร อนึ่ง เป็นที่ตกลงและเข้าใจว่าสิทธิดังกล่าวข้างต้นจะมีผลก็ต่อเมื่อได้แจ้งให้นายจ้างทราบเป็นลายลักษณ์อักษรล่วงหน้า 30 วัน และการคุ้มครองตามกรรมกรประกันภัยกลุ่มที่ข้าพเจ้ามีส่วนร่วมออกเงินสมทบจะสิ้นสุดลงตั้งแต่วันที่ไม่ได้หักเงินรายได้ของข้าพเจ้า

ถ้าท่านประสงค์ให้มีประกันภัยผู้อยู่ในอุปการะ โปรดกรอกใบสมัครขอเอาประกันภัยผู้อยู่ในอุปการะด้วย

If you are provided with dependent coverage and are enrolling your dependents, please complete a "Dependent Enrollment Form".

ระบุก่อนเริ่มความคุ้มครอง
30/09/2025

วันที่ Date

กองทุน สวัสดิการ

ลายเซ็นพนักงานผู้สมัคร / ผู้เอาประกันภัย

Signature of Employee

แผนการดำเนินการจัดทำประกันสุขภาพบุคลากร ประจำปีงบประมาณ 2569

(1 ตุลาคม 2568 - 30 กันยายน 2569)

สิงหาคม 2568

แจ้งเวียนประชาสัมพันธ์แผนประกัน
ให้ทุกส่วนงานทราบ

START

**21 สิงหาคม 2568 10.00 น. ถึง
22 กันยายน 2568 10.00 น.**

บุคลากรเลือกแผนสวัสดิการของตน
(กลุ่มหลัก : พนักงานมหาวิทยาลัยงบประมาณแผ่นดิน)

ระบุ : Flexible Benefits CMU

24 กันยายน 2568

นำส่งข้อมูลผู้เอาประกันให้แก่บริษัท

FINISH

**22 กันยายน 2568
ส่งรายชื่อก่อน 16.30 น.**

ทุกส่วนงานแจ้งความประสงค์ทำประกันกลุ่ม
(ส่วนงาน สมทบค่าเบี้ยประกัน / เงินรายได้ส่วนงาน)
และนำส่งข้อมูลผู้เอาประกัน
รวมถึงผู้เกษียณที่ประสงค์ทำประกันของแต่ละส่วนงาน
กรณีผู้เกษียณ ชำระค่าเบี้ยประกันเอง

**20 สิงหาคม 2568 ถึง
19 กันยายน 2568
ส่งเอกสาร ก่อน 16.30 น**

รับสมัครผู้ทำประกันกลุ่มญาติสายตรง
(คู่สมรส บุตร)
(เริ่มคุ้มครอง 1 ตุลาคม 2568)
รูปแบบ : เอกสาร