

Prudential Group Insurance

คำอ้างอิง / Quotation

Quotation No. PC3WF5

Insured Name
TestPDFEffective Date
07/08/2020Quote Number
PC3WF5

Category 1

ตารางผลประโยชน์ ความคุ้มครอง / Insurance Benefit

Plan 1

การประกัน ชีวิต / Life Insurance

เสียชีวิต ทุกกรณี
All cases of death

50,000

การประกัน ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง / Total Permanent Disability



1 การประกัน ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง / Total Permanent Disability

50,000

1.1 ทุพ พลาภาพถาวรสิ้นเชิง ติดต่อกัน ไม่น้อยกว่า 180 วัน
Total Permanent disability for at least 180 consecutive days

100%

1.2 ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยตกเป็นเหตุ ทุพ พลาภาพถาวรสิ้นเชิง เนื่องจากเหตุ การสูญ เสีย ทสี ามารถพิสูจน์ได้ ยี่ ่ชัด เจน หรือ มี ยี่ ่บ่ง ช้ ำ การแพทย์
1.2 ชัด เจนว่า ผู้เอาประกันภัยตกเป็นเหตุ ทุพ พลาภาพถาวรสิ้นเชิง
Total Permanent Disability which provable and Indications

100%

2 การสูญเสียอวัยวะ สูญเสียตา / Dismemberment and Loss of Sight

2.1 มือ 2 ข้าง หรือ เท้า 2 ข้าง หรือ สายตา 2 ข้าง
Both Hands or Both Feet or Sight of Both Eyes

100%

2.2 มือ 1 ข้างและเท้า 1 ข้างหรือ มือ 1 ข้างและสายตา 1 ข้างหรือ เท้า 1 ข้างและสายตา 1 ข้าง
One Hand and One Foot or One Hand and Sight of One Eye or One Foot and Sight of One Eye

100%

Insured Name
TestPDFEffective Date
07/08/2020Quote Number
PC3WF5

Category 1

ตารางผลประโยชน์ ความคุ้มครอง / Insurance Benefit

Plan 1

สัญญาเพิ่มเติม ประกัน อุบัติเหตุ (SPCA) : จำ ยิงนิ ทดแทน ในกรณี / Accidental Death, Dismemberment, Speech and Pronunciation Rider (Accident-Long)

50,000

- อุบัติเหตุเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สูญเสียการได้ยิน สูญเสียการพูด
Accident Death, Dismemberment, Loss of Sight, Loss of Hearing, Loss of Speech

Up to 100%

- เสียชีวิต จากอุบัติเหตุ สาธารณะ (อุบัติเหตุสาธารณะ)
Special Accident Death (Public Accident)

Up to 200%

- คุ้มครองรวมถึง / Cover included

การขับขี่ หรือ โดยสารรถจักรยานยนต์
Traveling by motorcycle

Paid under SPCA benefits

บันทึก สลาก หลัง ขยายความคุ้มครอง / Endorsement Extended to coverage



1 การฆาตกรรม หรือ ถูกร่างกายโดยเจตนา
Murder or assault

Paid under SPCA benefits

2 การนัดหยุดงาน การจลาจล การกบฏ ประชาชนก่อความวุ่นวาย ภัยพิบัติ ภัยธรรมชาติ
Strike, Riot, uprising against government

Paid under SPCA benefits

3 สงคราม การรุกราน หรือ การกระทำของศัตรูต่างชาติ สงครามกลางเมือง การปฏิวัติ การกบฏ
War, Invasion or act of foreign enemies, Civil war, Revolution, Rebellion

Paid under SPCA benefits

Insured Name
TestPDFEffective Date
07/08/2020Quote Number
PC3WF5

Category 1

ตารางผลประโยชน์ ความคุ้มครอง / Insurance Benefit

Plan 1

ผลประโยชน์ส์ ภัย อุบัติเหตุ การประทุษร้าย สุข ภาพกล่มุ แบบผู้ป่วย' วยใน (ต่อ การเข้า พัก รักษ ษาตวั ครัง้ ไตรัง้ หน้) / In-Patient Benefit Rider (IPD) per disability



1 ค่า ห้อ ง ค่า อาหาร ต่อ วัน (สขุ สด ไม่ กนิ 31 วัน) / Daily Room & Board (Max. 31 days)

—

1.1 ค่า ห้อ งผู้ป่วย' วยหนัก (ไอ.ซี. ยู) (สขุ สด ไม่ กนิ 7 วัน)
ICU (Max. 7 days)

—

2 ค่า รักษาพยาบาลอื่น ๆ ในโรงพยาบาล หรือ สถานพยาบาลเวชกรรม / General Hospital Services

—

2.1 ค่า รถพยาบาล
Ambulance Service

—

2.2 ค่า รักษาพยาบาลแบบผู้ป่วย' วยนอกกรั๊ กษาต่อ เนื่อ งจากผู้ป่วย' วยใน ภายใน 31 วันหลังจากออกจากโรงพยาบาล หรือ สถานพยาบาลเวชกรรม
OPD follow-up treatment within 31 days after discharge from the hospital

—

3 ค่า แพทย์ ละค่า รรรมเนยี่ มสหรับการรักษาโดยการผ่า ตัด (จ่า ยตามจรง)
Surgical Benefits (Subject to Non-Schedule)

—

4 ค่า แพทย์ ตรวจรักษา ต่อ วัน (สขุ สด ไม่ กนิ 31 วัน)
Doctor's Visit (Max 31 days)

—

5 ค่า รักษาพยาบาลฉุกเฉิน ขณะเป็น นผู้ป่วย' วยนอก (เนื่อ งจากอนุ ตั๊ หต) ภายใน 24 ชั่วโมงนับจากเวลาที่ กติ อนุ ตั๊ หต ต่อ การบาดเจ็บแต่ละ ะครัง้
Emergency Out-patient Treatment (Accident) within 24 hours after accident including follow up max limit per disability

—

Insured Name
TestPDFEffective Date
07/08/2020Quote Number
PC3WF5

Category 1

ตารางผลประโยชน์ ความคุ้มครอง / Insurance Benefit

Plan 1

- 6 ค่าปรึกษแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค สูงสุด ไม่เกิน
Specialist's Consultation Fee (Max. per disability) / excluded from item 2 or 3

—

บันทึกสิทธิหลังค่ารักษาการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูงสำหรับผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน
/ Medical expenses in excess of the basic hospitalization (IPD) benefits endorsement (Major Medical)

—

- 1 การประกันภัยร่วม (บริษัท : ผู้เอาประกันภัย)
Co-insurance (Insurer : Insured)

—

- 2 ค่าห้อง ค่าอาหาร ตั้งแต่วันที่ 32
Room & Board (payable on 32 days of hospitalization)

—

- 3 จำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุดต่อการเข้าพักรักษาตัวครั้งใดครั้งหนึ่ง 32
Maximum aggregate limit per disability (Exclusive of recoveries from the basic hospitalization (IPD) benefit)

—

บันทึกสิทธิหลังค่ารักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก / Out-Patient Benefit endorsement (OPD)

—

- 1 ผู้ป่วยนอก (OPD) สูงสุด 30 ครั้ง/ปีกรมธรรม์
OPD: Max. 30 visits per policy year

—

เอ็กซเรย์ / X-Ray

—

- 1 ค่ารักษาพยาบาลการตรวจวินิจฉัยโรคด้วยรังสีเอ็กซ์ | และการตรวจในห้องปฏิบัติการ แบบผู้ป่วยนอก (สูงสุดต่อปีกรมธรรม์)
(OPD x-ray and Laboratory Test endorsement): Max. per policy year

—

Insured Name

TestPDF

Effective Date

07/08/2020

Quote Number

PC3WF5

Category 1

ตารางผลประโยชน์ ความคุ้มครอง / Insurance Benefit

Plan 1

บันทึกสลับหลังคำรักษาต้านทันตกรรม ต่อปีกรมธรรม์ / Dental Care Benefit endorsement (Max. per policy year)



- การตรวจช่องปาก หรือการขูดหินปูน
Oral exam, extraction

—

- การตรวจวินิจฉัยโดยการเอ็กซเรย์ และโดยการตรวจสอบในห้องทดลองปฏิบัติการ
X-ray

—

- การอุดฟัน การถอนฟัน และการรักษารากฟัน
Filling, scaling, root canal treatment, impacted tooth removal

—

สัญญาเพิ่มเติมค่าชดเชยรายวันกรณีเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ในฐานะคนไข้) / Hospital Income Benefit Rider



- ชดเชยรายได้ ไม่เกิน 500 วัน ต่อการบาดเจ็บ หรือ เจ็บป่วย 1 ครั้ง
Daily cash income benefits during hospitalization up to a maximum for 500 days per disability

—

Insured Name
TestPDFEffective Date
07/08/2020Quote Number
PC3WF5

LIFE	ประกันชีวิต / Life Insurance	
TPD	ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง / Total Permanent Disability	
ACCIDENT	การเสียชีวิตและการสูญเสียอวัยวะโดยอุบัติเหตุ / Accidental Death and Dismemberment Rider	฿1,752.00
RCC-SCPA	การรับรอง RCC / RCC Endorsement	
IPD	การรับรองผลประโยชน์ผู้ป่วยใน (IPD) / In-Patient Benefit Endorsement (IPD)	—
MAJOR MEDICAL	การรับรองผลประโยชน์ทางการแพทย์ที่สำคัญ / Major Medical Benefit Endorsement	—
OPD	ผลประโยชน์ผู้ป่วยนอก (OPD) / Out-Patient Benefit (OPD)	—
X-RAY	เอ็กซเรย์ / X-Ray	—
DENTAL	การรับรองผลประโยชน์ทันตกรรม / Dental Care Benefit Endorsement	—
HIB	ผลประโยชน์รายได้ของโรงพยาบาล / Hospital Income Benefit Rider	—
รวมเบี้ย ประกัน ภัย ต่อ คน ต่อ ปี / Total Premium per Person per Year		฿1,752.00
จำนวนสมาชิกต่อแผน / Members per Plan		6

รวมเบี้ย ประกัน ภัย ต่อ ปี / Total Premium per Year

฿1,752.00

Insured Name
TestPDFEffective Date
07/08/2020Quote Number
PC3WF5**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย**

ผู้ขอเอาประกันภัยจะต้องตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดความจริงหรือแถลงข้อความเท็จใด ๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัยชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา / 865
Warning from the Office of the Insurance Commission.

The Applicant must answer all questions truthfully. Any non-disclosures or false statements may cause the life insurance company to decline its claims payment. This is in accordance with the Civil & Commercial Code, Section No. 865

สังเกต

1. ใบเสนอราคานี้เป็นการประมาณการเท่านั้น อัตราเบี้ยประกันที่แท้จริงต้องคำนวณจากข้อมูลจริงของผู้เอาประกัน เช่น อายุ เพศ ขึ้นอาชีพและลักษณะงาน เป็นต้น
2. อัตราเบี้ยประกันนี้ได้รับการยกเว้นการเสียภาษีและอากรแสตมป์
3. ใบเสนอราคานี้มีอายุ 45 วันนับจากวันที่ 07/08/2020.
4. พนักงานที่ได้รับสวัสดิการต้องมีอายุระหว่าง 15-65 ปี และเป็นพนักงานปัจจุบันของบริษัทในช่วงวันที่กรมธรรม์มีผลบังคับใช้
5. กุณประกันสูงสุดโดยไม่ต้องตรวจสุขภาพ = 50,000 บาท.
6. ข้อจำกัดและเงื่อนไขต่างๆต้องเป็นไปตามที่ระบุไว้ในกรมธรรม์
7. ใบเสนอราคานี้ จัดทำขึ้นจากข้อมูลที่ได้มาจากลูกค้าทั้งหมด
8. อัตราเบี้ยประกันข้างต้น สามารถแก้ไข เปลี่ยนแปลงได้ตามข้อมูลจริงของผู้เอาประกันภัยและประวัติการเรียกร้องสินไหม
9. บริษัท พรูเด็นเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) ขอสงวนสิทธิ์การเปลี่ยนแปลงหรือยกเลิกใบเสนอราคาในกรณีจำนวนผู้เอาประกันภัยไม่ถึงจำนวนขั้นต่ำตามข้อกำหนดของบริษัท
10. ใบเสนอราคาฉบับนี้ ไม่สามารถใช้ได้กับลูกค้ายที่มีสถานะเป็นสหกรณ์ หน่วยงานของรัฐ หรือองค์กรที่รัฐเป็นเจ้าของหรือมีอำนาจควบคุม

Remark

1. This quotation is an estimation only. Actual rate of premium must be calculated from actual data ie. age, gender, occupation class and job position etc.
2. This premium rate are exempted taxes and stamp duty.
3. This quotation is valid for 45 days from the date of 07/08/2020.
4. The benefits are available to eligible employees age of 15-65 years who are actively at work on the effective date of the group insurance.
5. Free Cover Limit = 50,000 Baht.
6. Terms and conditions must comply with main policy.
7. This quotation is produced based on the information provided by the customer.
8. The above premium rates can be adjusted depending on the number of insured, their age, their gender and claim history.
9. Prudential Thailand reserves the right to change or cancel the quotation in case the number of insured does not meet the minimum requirement.
10. This quotation is not valid for coops or government-related entities.

Insured Name
TestPDFEffective Date
07/08/2020Quote Number
PC3WF5ในนามของ
On behalf ofขอยืนยันการรับประกันกลุ่มกับ
we hereby agree to start the Group Insurance scheme withบริษัท พรูเด็นเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) โดยมีผลตั้งแต่
Prudential Life Assurance (Thailand) Public Company Limited, effective from

.....

ทั้งนี้บริษัทฯ รับทราบข้อกำหนดและยอมรับเงื่อนไขต่างๆ ที่กล่าวมาในใบเสนอราคาทั้งหมด
and we accept the terms and conditions as stated in this quotationลงนาม
Signedวันที่
Dateตรา บริษัท
Company Seal

Prudential Group Insurance

ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่ม / Application Form

Quotation No. PC3WF5

Insured Name
TestPDFEffective Date
07/08/2020Quote Number
PC3WF5

รายละเอียดนโยบาย / Policy Details

วันที่เริ่มมีผลบังคับ / Effective Date

07/08/2020

วันครบรอบปีกรมธรรม์ / Policy Anniversary

ทุกวันที่ 7 สิงหาคม ของแต่ละปี / On the 7 August of each year

ใบคำขอเอาประกันเลขที่ / Quotation Number

PC3WF5

ตัวแทน/นายหน้า / Agent Name

Test Automation

อีเมลตัวแทน / Email Address

testAutomation-33333@mailinator.com

รหัสตัวแทน / Agent ID

testAutomation-33333@mailinator.com

Insured Name
TestPDFEffective Date
07/08/2020Quote Number
PC3WF5

รายละเอียดบริษัท / Company Details

ข้าพเจ้าขอขึ้นใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่ม แบบชั่วระยะเวลา เพื่อสมาชิกของ /
Application is hereby made for Group Term Insurance to provide insurance
coverage on the lives of members of

ผู้สมัครเอาประกันภัย (ผู้ถือกรมธรรม์) / Name of Applicant (Policyholder)

TestPDF

ที่อยู่ / Address

.....

.....

.....

.....

โทรศัพท์ / Telephone

.....

ลักษณะธุรกิจ / Nature of Business

.....

ผู้สมัครเคยสมัครประกันชีวิตกลุ่ม หรือประกันภัยกลุ่มให้แก่สมาชิกหรือไม่ /
Has the applicant ever applied for Life or Non-Life Group Insurance for its
members?

☐ ใช่ / Yes ☐ ไม่เคย / Never

ถ้าเคย โปรดระบุชื่อบริษัทประกันภัย /
If so, please state the name of the insurance company

.....

.....

.....

ในกรณีที่กรมธรรม์สิ้นสุดความคุ้มครองแล้ว กรุณาระบุวันที่สิ้นสุดความคุ้มครองดังกล่าวด้วย /
If such insurance has been terminated, please state the date of its termination

.....

Insured Name
TestPDFEffective Date
07/08/2020Quote Number
PC3WF5ชื่อลูกจ้าง/สมาชิกที่เอาประกันภัย (ตามที่ระบุในใบแจ้งรายชื่อ) /
Name of Employees/Members (as per list attached)

ผู้รับประโยชน์ / Beneficiary

☐ ผู้ถือกรมธรรม์ / Policyholder☐ ตามที่ระบุในใบคำขอเอาประกันภัยชีวิตของกลุ่มของลูกจ้าง/สมาชิก /
As stated in application form of each employee member

ระยะเวลารอคอย / Waiting Period

สมาชิกจะมีสิทธิได้รับความคุ้มครองต่อเมื่อปฏิบัติงานเต็มเวลาต่อเนื่องอย่างน้อย
Members will become eligible for the coverage when they have worked full time for
at least _____ days

เบี้ยประกันภัยชำระเป็นราย / Mode of Payment

สมาชิกเป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัย / Member's Contribution

☐ ไม่จ่ายเงินสมทบ / Non-Contributory ☐ ร่วมจ่ายเงินสมทบ / Contributory☐ สมาชิกจ่ายเองทั้งหมดแบบภาคสมัครใจ / Voluntary

ใบรับรองการประกันกลุ่ม / Insurance Certificate

☐ ไม่ต้องการ / Not required☐ ต้องการ เพื่อส่งมอบให้แก่สมาชิกที่เอาประกันภัยแต่ละราย / Required for each member

ความต้องการพิเศษ / Other special requirements

Insured Name
TestPDFEffective Date
07/08/2020Quote Number
PC3WF5

ข้อมูลผู้มีอำนาจลงนามแทนนิติบุคคลหรือบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจดสุดทำ / Information of Authorized Person or Attorney

ชื่อ – นามสกุล / Full name

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน / Registered Address

วันเดือนปีเกิด / Date of Birth

บัตรประจำตัวประชาชนหรือหนังสือเดินทาง / National ID/Passport No

ที่อยู่อื่นๆนอกเหนือจากประเทศไทย / Addresses other than in Thailand

ที่อยู่ปัจจุบัน / Current Address

Insured Name
TestPDFEffective Date
07/08/2020Quote Number
PC3WF5**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย**

ผู้ขอเอาประกันภัยจะต้องตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดความจริงหรือแถลงข้อความเท็จใดใด อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา / 865
Warning from the Office of the Insurance Commission.

The Applicant must answer all questions truthfully. Any non-disclosures or false statements may cause the life insurance company to decline its claims payment. This is in accordance with the Civil & Commercial Code, Section No. 865

แอปพลิเคชันตกลงดังต่อไปนี้:

1. ให้รายละเอียดที่ถูกต้องครบถ้วนเกี่ยวกับ อายุ เพศ เงินเดือน ตำแหน่งของลูกจ้าง/สมาชิกที่เอาประกันภัย รวมทั้งรายละเอียดเกี่ยวกับอายุและเพศของผู้ที่อยู่ในอุปการะที่มีสิทธิเอาประกันภัยตามที่บริษัทต้องการ เพื่อใช้ในการคำนวณเบี้ยประกันภัยหรือผลประโยชน์การประกันภัย ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงกับลูกจ้าง/สมาชิกในภายหลัง ก็ให้ถือรายละเอียดและใบคำขอเอาประกันภัยชีวิตกลุ่มของลูกจ้าง/สมาชิกเป็นส่วนหนึ่งของคำขอนี้ด้วย
2. ลูกจ้าง/สมาชิกที่ยื่นขอเอาประกันภัยทั้งหมด หรืออาจที่ยื่นในระหว่างการต่อเนื่องของกรมธรรม์ประกันภัยต้องเป็น ลูกจ้างประจำที่มีเงินเดือน ทำงานเต็มเวลา หรือเป็นสมาชิกที่มีสิทธิของผู้สมัคร
3. หลังจากที่วันที่กรมธรรม์ประกันภัยเริ่มมีผลบังคับ หากมีลูกจ้าง/สมาชิกที่ได้รับสิทธิเข้าร่วมเพิ่มเติม ผู้สมัครจะต้องแจ้งให้บริษัททราบเป็นหนังสือ ทั้งนี้รวมถึงการสิ้นสุดจากการเป็นลูกจ้าง/-สมาชิกของผู้สมัคร โดยจะมีผลบังคับในวันที่ผู้สมัครได้ระบุไว้
4. สัญญาประกันภัยนี้จะมีผลบังคับต่อเมื่อ บริษัทได้รับชำระเบี้ยประกันภัยงวดแรกเต็มจำนวนและได้ตกลงประกันภัย หากมีการปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จเกี่ยวกับการประกันภัยในตัวลูกจ้าง/สมาชิก อันเป็นสาระสำคัญ สัญญาประกันภัยสำหรับลูกจ้าง/สมาชิกคนนั้นจะตกเป็นโมฆะ และบริษัทมีสิทธิบอกเลิกได้ตามกฎหมาย

The Application agrees to the following:

1. To provide complete and correct information on Age, Sex, Salary, Title or Position of the Employees/Insured Members, including details of the Age and Sex of their eligible dependents, as required by the Company. This information will be used to calculate the premiums and the benefits. In case of changes in employees /policy members at a later period, the Company will consider all information and employees' enrolment form to be a part of the Group Life Insurance Application.
2. All employees/members who have applied for the insurance, or, those who may apply during the Policy Year must be full-time, salaried employees or the eligible members of the Applicant.
3. After the Policy is in force, should there be new employees/members eligible for the Group Insurance, the Applicant must inform the Company of this in writing. The same will apply for employees/members whose eligibility is terminated, and this termination shall be effective on the date that the Applicant specifies.
4. This insurance contract will be effective when the Company has received the first premium payment in full and it is agreed that should there be any concealment of facts or false statements regarding the employees/members which are considered a material misrepresentation of the truth, the insurance contract for that particular employee/member will be annulled and the Company has the right to terminate the contract, in accordance with the law.

Insured Name
TestPDF

Effective Date
07/08/2020

Quote Number
PC3WF5

พยาน/ตัวแทน/นายหน้าประกันชีวิต
Witness/Agent/Broker

ลายมือชื่อผู้สมัครเอาประกันภัย
Applicant's Signature

วันที่
Date

ประทับตราบริษัทของผู้สมัครเอาประกันภัย
Affix the Applicant's company seal