

คำแนะนำ :

1. โปรดจัดส่งรายงานฉบับนี้ทุกวันที 1 ของเดือนหลังจากหักเงินเดือนสมาชิกเพื่อชำระเบี้ยประกันแล้ว
 2. กรณีที่มีสมาชิกขาดส่งเบี้ยประกัน จะต้องแจ้งรายชื่อออกจากโครงการด้วย
 3. กรณีที่มีสมาชิกต้องการขอลดเงินสะสม จะต้องให้สมาชิกกรอกแบบฟอร์มขอเวคืนมูลค่าพร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง และแนบมาพร้อมรายงานนี้
 4. กรณีสมาชิกเสียชีวิต ขอรับคำแนะนำการส่งเอกสารได้ที่ Call Center 1581
 5. ในกรณีที่สมาชิกมีการเปลี่ยนแปลงชื่อ-นามสกุล ต้องแนบสำเนาหลักฐานการเปลี่ยนแปลง
 6. ก่อนจัดส่งรายงานฉบับนี้ โปรดถ่ายสำเนาไว้เป็นหลักฐานอ้างอิง
- *** ข้อมูลสมาชิกที่ท่านแจ้งมีความสำคัญ และมีผลต่อความคุ้มครองตามสัญญากรมธรรม์ ดังนั้นกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลสมาชิกทุกครั้ง ก่อนนำเสนอไปยังฝ่ายประกันกลุ่ม

บริษัท เอไอเอ จำกัด

รายงานการนำส่งเบี้ยประกัน และกระทบยอดสมาชิกที่มีการขาดส่งเบี้ยประกัน
สำหรับโครงการสวัสดิการประกันกลุ่มแบบสะสมทรัพย์ครบ เกษียณอายุ 60 ปี (GSE)

แบบ กง. 1

เลขที่กรมธรรม์.....	รายปี
ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ (บริษัท/องค์กร/หน่วยงาน)	รายเดือน
ประจำเดือน..... ปี.....	

รายงานการกระทบเบี้ยประกัน และ จำนวนสมาชิก	จำนวนสมาชิก	จำนวนเบี้ยประกัน
จำนวนสมาชิกที่ยกมาจากงวดเดือนก่อน		
หัก จำนวนสมาชิกที่ขาดส่งเบี้ยประกัน (ลาออก/ไม่สามารถหักเบี้ยประกัน/ขอเวคืน/เสียชีวิต/เกษียณอายุ)		
จำนวนสมาชิกที่ชำระเบี้ยประกันสำหรับงวดเดือนนี้ : โปรดชำระ และนำส่งเบี้ยประกันตามยอดนี้----->		

รายงานการนำส่งเบี้ยประกัน จำนวนเงินทั้งสิ้น.....บาท ซึ่งชำระโดยรายละเอียดดังต่อไปนี้

DCR. เลขที่..... ลงวันที่.....จำนวนเงิน.....บาท

Chq. ธนาคาร..... เลขที่..... ลงวันที่.....จำนวนเงิน.....บาท

อรจ. เลขที่..... ลงวันที่.....จำนวนเงิน.....บาท

Barcode ธนาคารกรุงไทย ลงวันที่.....จำนวนเงิน.....บาท

Barcode ธนาคารออมสิน ลงวันที่.....จำนวนเงิน.....บาท

รายละเอียดสมาชิกที่ขาดส่งเบี้ยประกัน					
รายการ	เลขที่ใบรับรอง	ชื่อ - นามสกุล	แผน/จำนวนเบี้ย	วันที่ลาออก/ขาดส่ง/เสียชีวิต	โปรดระบุสาเหตุข้างท้ายชื่อ เช่น ลาออก,ขาดส่ง,เสียชีวิต,ขอเวคืน

คำเตือน : ในการชำระเบี้ยประกันทุกครั้ง โปรดขอใบรับเงินชั่วคราวจากตัวแทนผู้บริการไว้เป็นหลักฐานอ้างอิง
อนึ่ง ในกรณีที่ท่านได้ชำระเงินโดยใช้แบบชำระเงินของบริษัท นำฝากผ่านธนาคาร ()
ใบนำฝากดังกล่าวถือเป็นหลักฐานการชำระเบี้ยประกันที่สามารถอ้างอิงได้ (ลายเซ็นผู้มีอำนาจลงนาม (ตัวบรรจง)
หากมีข้อสงสัยใดๆ โปรดติดต่อ เอไอเอ call center โทร. 1581 (จะต้องเป็นลูกค้าเท่านั้น) หมายเลขโทรศัพท์.....

วันที่.....

รายละเอียดตัวแทนที่ให้บริการ

ตัวแทน : รหัสตัวแทน..... สำนักงาน.....
หน่วย : รหัสหน่วย..... มือถือ.....



สำหรับเจ้าหน้าที่ประกันกลุ่ม
Bill no.