

**LabourInsure**

**PACIFIC  
CROSS**



ประกันสุขภาพ แรงงานต่างด้าว และผู้ติดตาม



# การประกันสุขภาพ

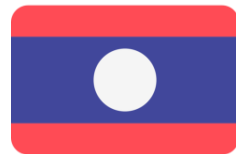
แรงงานต่างด้าวที่ทำงานในกิจการที่อยู่ในระบบประกันสังคมต้องขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตน ในกรณีผู้ประกันตนยังไม่มีสิทธิได้รับประโยชน์ที่อยู่ระหว่างเข้าสู่ระบบประกันสังคมต้องซื้อประกันสุขภาพตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด หรือซื้อประกันสุขภาพกับ

บริษัทประกันภัย เป็นระยะเวลา 6 เดือน จำนวนเงิน 990 บาท  
ทั้งนี้ อัตราเบี้ยประกันขึ้นอยู่กับแต่ละบริษัทประกันภัย



ผลประโยชน์ความคุ้มครอง

เบี้ยประกัน 990 บาท/คน  
คุ้มครอง 6 เดือน



# ผลประโยชน์ความคุ้มครอง

ผลประโยชน์ความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกัน (บาท)
ผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้เอาประกันภัยเข้ารับการรักษาพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน (IPD) อันเนื่องมาจากอุบัติเหตุและเจ็บป่วย (สูงสุดไม่เกิน)	150,000
ผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้เอาประกันภัยเข้ารับการรักษาพยาบาลในฐานะผู้ป่วยนอก (OPD) อันเนื่องมาจากอุบัติเหตุและเจ็บป่วย (ต่อครั้งสูงสุดไม่เกิน 15 ครั้ง)	1,000
การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวร (อ.บ. 1 จากอุบัติเหตุทั่วไป ไม่รวมฆาตกรรม ลอบทำร้าย และการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)	100,000

\*โปรดศึกษาเงื่อนไขความคุ้มครอง ข้อยกเว้น และสิทธิประโยชน์ก่อนตัดสินใจทำประกัน



# เงื่อนไขก่อนการรับประกันภัย

1. ผู้เอาประกันภัยซึ่งเป็นแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามที่ลงทะเบียนถูกต้องตามกฎหมายแรงงานต่างด้าว
2. ผู้เอาประกันภัยต้องมีอายุตั้งแต่ 1 - 99 ปี (คำนวณอายุ ปี พ.ศ. ปัจจุบัน - ปี พ.ศ. เกิด)
3. สิทธิการรับประกันภัยนี้สำหรับแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม ตามโครงการฯ 1 ความคุ้มครองต่อ 1 คน เท่านั้น
4. สำหรับผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาล ข้อ 1 และ ข้อ 2 "กรรมกรรมไม่คุ้มครองสภาพที่เป็นมาก่อนเอาประกันภัย Pre-Existing Conditions" รวมถึงผลประโยชน์ใน ข้อ 1 กรณีค่ารักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน จากการเจ็บป่วย โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID- 19) มีระยะเวลารอคอย (Waiting Period) 14 วัน นับจากวันที่มีผลคุ้มครอง ของผู้เอาประกันภัยแต่ละราย
5. ผลประโยชน์ใน ข้อ 2 ยกเว้นการแพ้วคชั่น





# ช่องทางการติดต่อสอบถามและสั่งซื้อ

ลูกค้าสามารถซื้อประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม  
ได้ 6 ช่องทางดังนี้



# ช่องทางการติดต่อสอบถามและสั่งซื้อ

## ช่องทางที่ 1

Website : [www.labourinsure.com](http://www.labourinsure.com)  
สแกนเข้าหน้าเว็บได้ที่นี่



## ช่องทางที่ 2

แอปพลิเคชัน : Labour Insure  
ซื้อประกันได้ตลอด 24 ชั่วโมง



## ช่องทางที่ 3

Line ID : labourinsure.com  
สแกนเพิ่มเพื่อนได้ที่นี่



## ช่องทางที่ 4

Call Center  
02-098-6060



## ช่องทางที่ 5

Labourinsure ประกันสุขภาพแรงงาน  
ต่างด้าวและผู้ติดตาม



## ช่องทางที่ 6

E-mail  
[Labourinsure@gmail.com](mailto:Labourinsure@gmail.com)



เวลาทำการ  
จันทร์-เสาร์  
เวลา 08.00-  
17.00 น.



Website : [www.labourinsure.com](http://www.labourinsure.com)  
สามารถซื้อประกันภัยได้ 5 วิธี ดังนี้

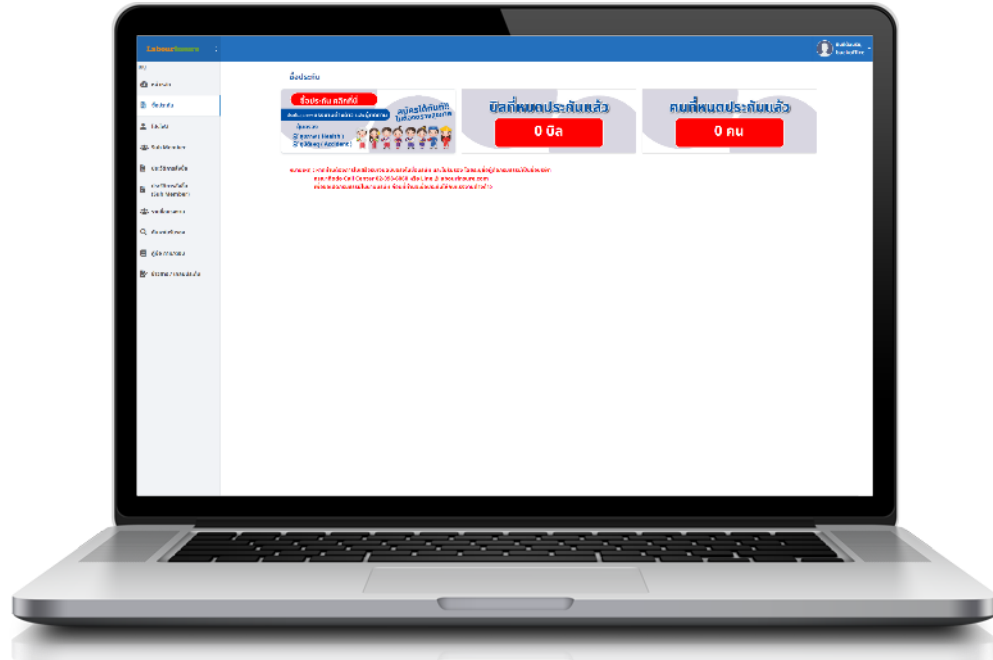
วิธีที่ 1  
อัฟโหลด Excel

วิธีที่ 2  
กรอกข้อมูลแรงงาน

วิธีที่ 3  
เลขที่คำขอมติต่ออายุ  
WP-RN-65-XXXXXX

วิธีที่ 4  
เลขประจำตัวนายจ้างและ  
เลขประจำตัวต่างด้าว

วิธีที่ 5  
แบบรูป QR Code  
Namelist มติ 5 ก.ค.





Website : [www.labourinsure.com](http://www.labourinsure.com)  
สามารถซื้อประกันภัยได้ 5 วิธี ดังนี้

## วิธีที่ 1 อัปโหลด Excel

- 1.1 ดาวนโหลดแบบฟอร์ม Excel
- 1.2 กรอกข้อมูลที่เตรียมไว้ลงไฟล์ Excel
- 1.3 เลือกโครงการ สำหรับการซื้อปกติให้กดเลือก โครงการ ประเภท "ทั่วไป"
- 1.4 อัปโหลดแบบฟอร์ม Excel
- 1.5 กดเลือกไฟล์ระบบจะดึงข้อมูลโดยอัตโนมัติ
- 1.6 กดบันทึก

## วิธีที่ 2 กรอกข้อมูลแรงงาน เลขที่คำขอมติต่ออายุ WP-RN-65-XXXXXX

- 2.1 เลือกโครงการ สำหรับการซื้อปกติ ให้กดเลือก โครงการ ประเภท "ทั่วไป"
- 2.2 กรอกข้อมูลที่เตรียมไว้
- 2.3 เมื่อกรอกข้อมูลเรียบร้อยแล้วให้กดเพิ่มรายชื่อ
- 2.4 กดบันทึก

## วิธีที่ 3 เลขที่คำขอมติต่ออายุ WP-RN-65-XXXXXX

- วิธีที่ 1 กรอก เลขที่คำขอ มติต่ออายุ
- 3.1.1 ใส เลขที่คำขอ มติต่ออายุ ที่ได้เอกสารของมติต่ออายุ
  - 3.1.2 กด ดึงข้อมูล ระบบดึงข้อมูลอัตโนมัติ
  - 3.1.3 กดบันทึก
- วิธีที่ 2 แบบไฟล์ Notepad (.TXT)
- 3.2.1 กรอกเลขที่คำขอ และบันทึกลงไฟล์ Notepad
  - 3.2.2 เลือกไฟล์ ระบบดึงข้อมูลอัตโนมัติ
  - 3.2.3 กดบันทึก

## วิธีที่ 4 เลขประจำตัวนายจ้างและ เลขประจำตัวต่างด้าว

- วิธีที่ 1 กรอกเลขประจำตัว
- 4.1.1 กรอก เลขประจำตัวนายจ้าง
  - 4.1.2 กรอก เลขประจำตัวต่างด้าว
  - 4.1.3 กด ดึงข้อมูล ระบบดึงข้อมูลอัตโนมัติ
  - 4.1.4 กดบันทึก
- วิธีที่ 2 แบบไฟล์ Notepad (.TXT)
- 4.2.1 กรอกเลขประจำตัวนายจ้างและเลขประจำตัวต่างด้าวลงไฟล์ Notepad (.TXT)
  - 4.2.2 เลือกไฟล์ ระบบดึงข้อมูลอัตโนมัติ
  - 4.2.3 กดบันทึก

## วิธีที่ 5 แบบรูป QR Code Namelist มติ 5 ก.ค.

- 5.1 ถ่ายรูป QR Code UU Name List จาก มติ 5 ก.ค. 66
- 5.2 อัปโหลดรูปภาพ QR Code
- 5.3 กดบันทึก



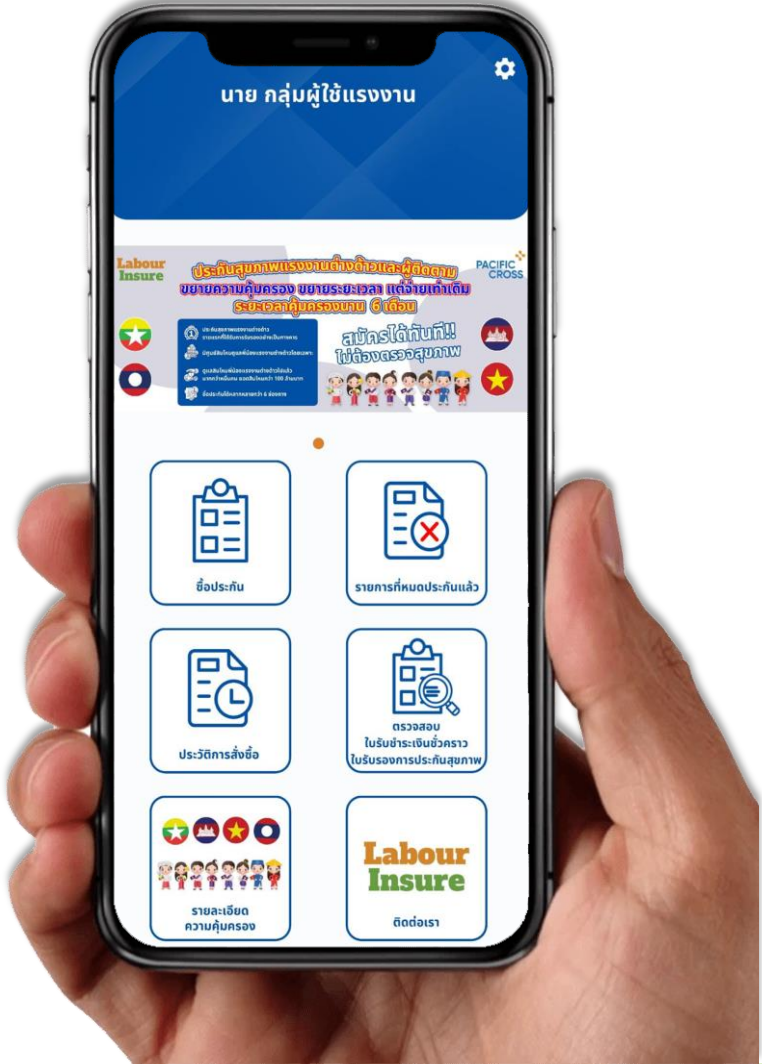
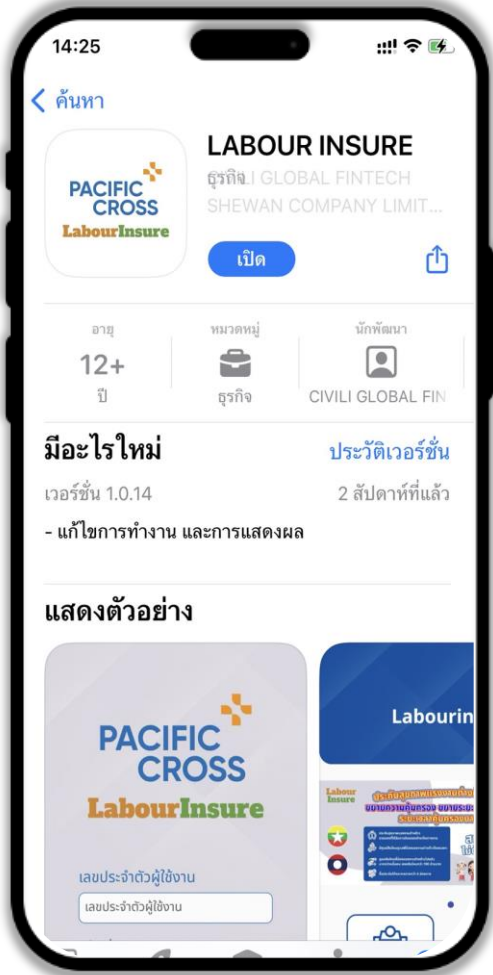
# Application : Labourinsure



**SCAN ME!**

GET IT ON  
**Google Play**

Download on the  
**App Store**



# Application : Labourinsure

สามารถซื้อประกันภัยได้ 4 วิธี ดังนี้

วิธีที่ 1

กรอกข้อมูลแรงงานต่างด้าว

วิธีที่ 2

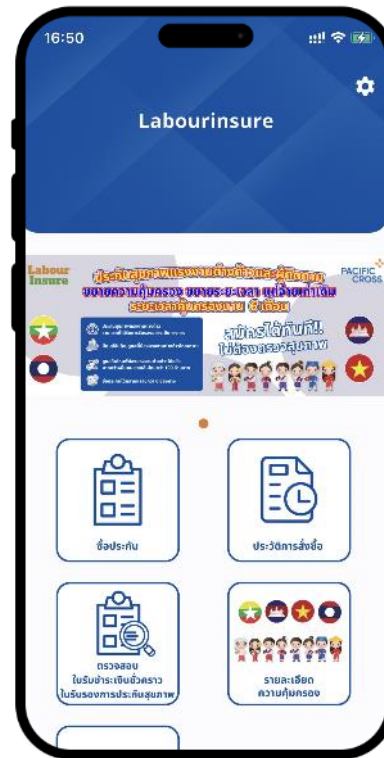
กรอกเลขที่คำขอมติต่ออายุ  
WP-RN-65-XXXXXX

วิธีที่ 3

กรอกเลขประจำตัวนายจ้างและเลข  
ประจำตัวต่างด้าว

วิธีที่ 4

สแกน QR Code Namelist  
มติ 5 ก.ค. 66



# Application : Labourinsure

สามารถซื้อประกันภัยได้ 4 วิธี ดังนี้

## วิธีที่ 1

กรอกข้อมูลแรงงานต่างด้าว

- 1.1 กด ปุ่ม "ชื่อประกัน"
- 1.2 กดปุ่ม "+" มุมบนขวาเมื่อ
- 1.3 กรอกข้อมูลที่เตรียมไว้
- 1.4 กด ปุ่ม "บันทึก"

## วิธีที่ 2

กรอกเลขที่คำขอมติต่ออายุ  
WP-RN-65-XXXXXX

- 2.1 กด ปุ่ม "ชื่อประกัน"
- 2.2 กดปุ่ม "+" มุมบนขวาเมื่อ
- 2.3 กด ปุ่ม "กรอกเลขที่คำ  
ขอมติต่ออายุ"
- 2.4 กรอกเลขที่คำขอ มติต่อ  
อายุ ที่ได้จากเอกสารของมติ  
ต่ออายุ
- 2.5 กด ปุ่ม "บันทึก"

## วิธีที่ 3

กรอกเลขประจำตัวนายจ้างและเลข  
ประจำตัวต่างด้าว

- 3.1 กด ปุ่ม "ชื่อประกัน"
- 3.2 กดปุ่ม "+" มุมบนขวาเมื่อ
- 3.3 กด ปุ่ม "กรอกเลขประจำตัว  
นายจ้างและเลขประจำตัวต่างด้าว"
- 3.4 กรอก เลขประจำตัวนายจ้าง
- 3.5 กรอก เลขประจำตัวต่างด้าว
- 3.6 กด ปุ่ม "บันทึก"

## วิธีที่ 4

สแกน QR Code Namelist  
มติ 5 ก.ค. 66

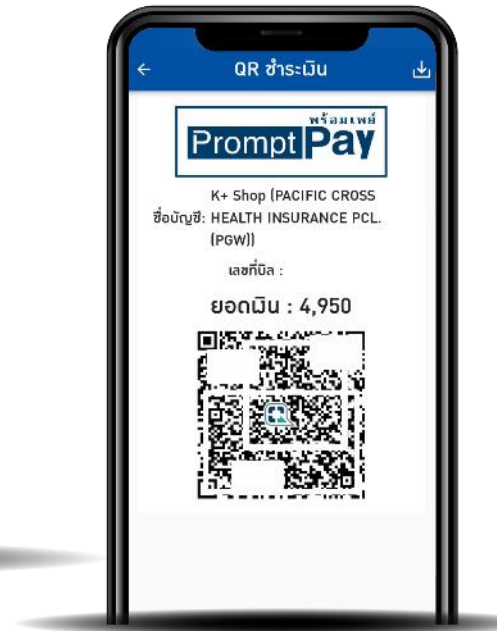
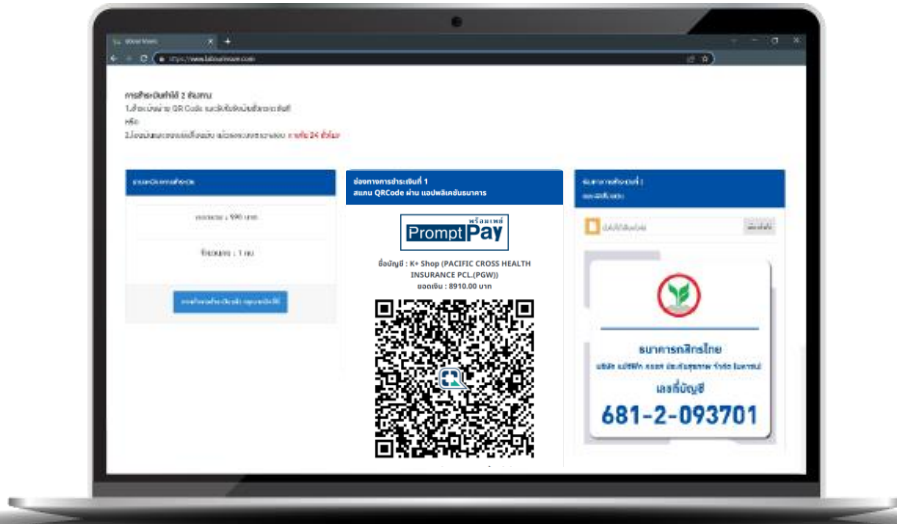
- 4.1 กด ปุ่ม "ชื่อประกัน"
- 4.2 กดปุ่ม "+" มุมบน  
ขวาเมื่อ
- 4.3 กด ปุ่ม "สแกน QR  
Code Namelist มติ 5  
ก.ค. 66"
- 4.4 สแกน QR Code จาก  
เอกสาร Namelist มติ 5  
ก.ค. 66
- 4.5 กด ปุ่ม "บันทึก"







## เมื่อซื้อประกันแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม ชำระเงินด้วย QR Code รับใบรับรองกรรมธรรม์ และใบเสร็จทันที !!!



กดสร้าง QR Code ระบบจะแสดง QR Code สำหรับชำระเงิน  
เมื่อสแกน QR Code เรียบร้อยแล้ว **รับใบรับรองกรรมธรรม์ และใบเสร็จทันที !!!**

หากชำระด้วยวิธีการโอนเงินจะได้รับการยืนยันภายใน 3 - 5 วันทำการ หลังจากที่ได้รับใบรับชำระเงินชั่วคราว  
ก่อนชำระเงิน ตรวจสอบ คำนำหน้าชื่อ ตัวสะกดชื่อ นามสกุล เลขประจำตัว วัน / เดือน / ปีเกิด ให้ถูกต้องก่อนการชำระเงิน เมื่อตรวจสอบข้อมูลเรียบร้อยแล้วจากนั้นกดชำระเงิน





# ใบรับรองการประกัน

**ประวัติการสั่งซื้อ >> ทั้งหมด**

เลขที่ใบ	วันที่	จำนวน	สถานะ	การชำระเงิน	ชำระ	ใบรับรอง	ดาวน์โหลด
1. LB2022XXXXXXX	2022-XX-XX XX:XX:XX	1	990 บาท	ใบรับรอง ใบเสร็จ	ชำระ	ดาวน์โหลด	ดาวน์โหลด
2. LB2022XXXXXXX	2022-XX-XX XX:XX:XX	3	2,970 บาท	ใบรับรอง ใบเสร็จ	ชำระ	ดาวน์โหลด	ดาวน์โหลด
3. LB2022XXXXXXX	2022-XX-XX XX:XX:XX	1	990 บาท	ใบรับรอง ใบเสร็จ	ชำระ	ดาวน์โหลด	ดาวน์โหลด

**Labourinsure LB2022XXXXXXX: ใบรับรอง การทำประกันสุขภาพและอุบัติเหตุ แรงงาน**

Labourinsure <labourinsure.noreply11@gmail.com>  
ถึง ฉัน - ส. XX XX 18:29

เรียน ท่านนายจ้าง หรือผู้ประกอบการ

Labourinsure ขอแจ้ง ใบรับรอง การทำประกันสุขภาพและอุบัติเหตุ แรงงานต่างดาวและผู้ติดตามดังนี้  
 ใบรับเงินเลขที่ : LB2022XXXXXXX  
 กรุณาคลิก Link เข้าร่วมเพื่อดาวน์โหลด  
[https://labourinsure.com/fpdf\\_thai/gen\\_cert\\_lozjp\\_pchi.php?ref=LB2022XXXXXXX](https://labourinsure.com/fpdf_thai/gen_cert_lozjp_pchi.php?ref=LB2022XXXXXXX)

**หมายเหตุ**

- โปรดตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องของข้อมูลในใบรับรองประกัน
- Email นี้เป็นระบบอัตโนมัติ กรุณาอย่าตอบกลับมาที่ Email นี้
- หากท่านต้องการติดต่อบริษัทฯ กรุณาติดต่อผ่านทาง LINE OA : @labourinsure.com ในวันและเวลาทำการ หรือ Email : labourinsure@gmail.com

ใบการซื้อประกันครั้งหน้า คุณสามารถสั่งซื้อ,ชำระเงิน และรับใบรับเงิน ได้ทันที ที่

ศูนย์ข้อมูลระบบ TPA โทร: 02-494-004

**PACIFIC CROSS**

ใบรับรองการประกันภัย CERTIFICATE OF INSURANCE

ชื่อบริษัท: PCHI	กรมสวัสดิการสุขภาพและอุบัติเหตุ กอง ผลิต	กรมสวัสดิการประกันภัย Policy No. 000012 000 HPA 22 02
Company Code	เลขที่ใบรับเงินเลขที่ใบรับรองการประกันภัย	ใบรับเงินเลขที่ Certificate No. 00021 000 191555400 20XXXXXX

- ผู้ถือการประกันภัย: ชื่อและที่อยู่ The Policy Holder - Name and Address  
คุณผู้เรียน  
4022 ซอยสุขุมวิท 13 ซอยสุขุมวิท แขวงคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร 10130
- ผู้รับประกันภัย: ชื่อและที่อยู่ MISS XXXXXX  
The Insured - Name and Address  
เลขประจำตัวประชาชน - ID No. PAXXXXXXX  
อาชีพ - Occupation - ครู - Age 21
- ผู้ให้ความคุ้มครอง: ชื่อและที่อยู่ นาย VOON  
The Covered Person - Name and Address  
ความสัมพันธ์กับผู้รับประกันภัย - The Insured Relationship to the Insured
- ผู้รับประโยชน์: ชื่อและที่อยู่ นายพจนานุกรม  
The Beneficiary - Name and Address  
ความสัมพันธ์กับผู้รับประกันภัย - ความสัมพันธ์  
Relationship to the Insured
- ระยะเวลาประกันภัย  
Period of Insurance  
เริ่มวันที่ 01/01/2023 เวลา 00:00 น.  
To 31/12/2023 เวลา 24:00 น.
- จำนวนวันพักผ่อน - จำนวนวันพักผ่อนในไทยและนอกประเทศรวมกันโดยมีการนับการยกเว้นในวันหยุดและวันหยุดราชการในวัน  
Limit of Laiday - This policy is each coverage only with respect to sick leave from holiday pay or substitute for which is also assumed to stand

ข้อตกลงประกันภัย / เงื่อนไขและประเภท	จำนวนเงินผลประโยชน์ (บาท)	ลักษณะการชดเชย (บาท)
1. กรณีโรคภัยไข้เจ็บที่เกิดจากอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บจากการทำงานของผู้ประกันภัย	150,000	ไม่มี
2. กรณีโรคภัยไข้เจ็บที่เกิดจากอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บจากการทำงานของผู้ประกันภัย	1,000	ไม่มี
3. กรณีเสียชีวิต หรือทุพพลภาพถาวร (กรณี 1) จากอุบัติเหตุที่ไม่ได้รวมการชดเชยตาม หรืออุบัติเหตุรถยนต์ และกรณีอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (ตามที่ระบุไว้ในใบรับรองการประกันภัย)	100,000	ไม่มี

เบี้ยประกันรายปี 990.00 บาท  
 5% Premium 50.00 บาท  
 10% Premium 100.00 บาท  
 15% Premium 150.00 บาท  
 20% Premium 200.00 บาท  
 25% Premium 250.00 บาท  
 30% Premium 300.00 บาท  
 35% Premium 350.00 บาท  
 40% Premium 400.00 บาท  
 45% Premium 450.00 บาท  
 50% Premium 500.00 บาท  
 55% Premium 550.00 บาท  
 60% Premium 600.00 บาท  
 65% Premium 650.00 บาท  
 70% Premium 700.00 บาท  
 75% Premium 750.00 บาท  
 80% Premium 800.00 บาท  
 85% Premium 850.00 บาท  
 90% Premium 900.00 บาท  
 95% Premium 950.00 บาท  
 100% Premium 1,000.00 บาท

วันที่ออกใบรับประกันภัย - Assessment made on 09/01/2023  
 วันที่กรมการประกันภัย - Policy issued on 09/01/2023  
 บริษัทรับประกันภัย - Pacific Cross Health Insurance PCL  
 152 อาคารชาร์เตอร์ด์สแควร์ ชั้น 21  
 ถนนสาทรเหนือ แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพฯ 10500

Signature: Director, Director, Authorized Signature

QR Code: QR Code

ภาษีมูลค่าเพิ่ม: 0107596000096  
 Tel: +662 401 9189  
 Fax: +662 401 9187  
 www.PacificCrossHealth.com



# ใบเสร็จรับเงิน



เลขที่ LB2023XXXX198

## ใบเสร็จรับเงิน RECEIPT

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107556000086

วันที่ 09/08/2023

ชื่อบุคคลที่ออกประกัน Insured Name & Address		บาท BAIHT	
กลุ่มผู้โสดแรงงาน 40/22 ซอยสุขุม 13 ถนนสุขุม แขวงรามอินทรา เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร 10230	ทุนประกันหลัก	150,000.00	
	อัตรา Rate	%	
	เบี้ยประกันด้วย Premium	986.00	
	ภาษีธุรกิจเฉพาะ SBT	0.00	
กรมธรรม์เลขที่ Policy No.	00012-G-HPM-22-02	อากรแสตมป์ Duty Stamp	4.00
เริ่มวันที่ From	09/08/2023	ถึง To	09/02/2024
		รวมเป็นเงิน Total	990.00

B0001-00179

ชำระเงิน  เงินสด Cash  เช็คเลขที่ Cheque No.  บัญชี Bank  ลงวันที่ Date

ใบเสร็จรับเงินนี้ใช้ได้เฉพาะเมื่อชำระเงินเรียบร้อยแล้ว  
If payment is made by cheque this receipt will be valid only when the cheque has been honoured

ผู้จัดทำ

ผู้รับเงิน



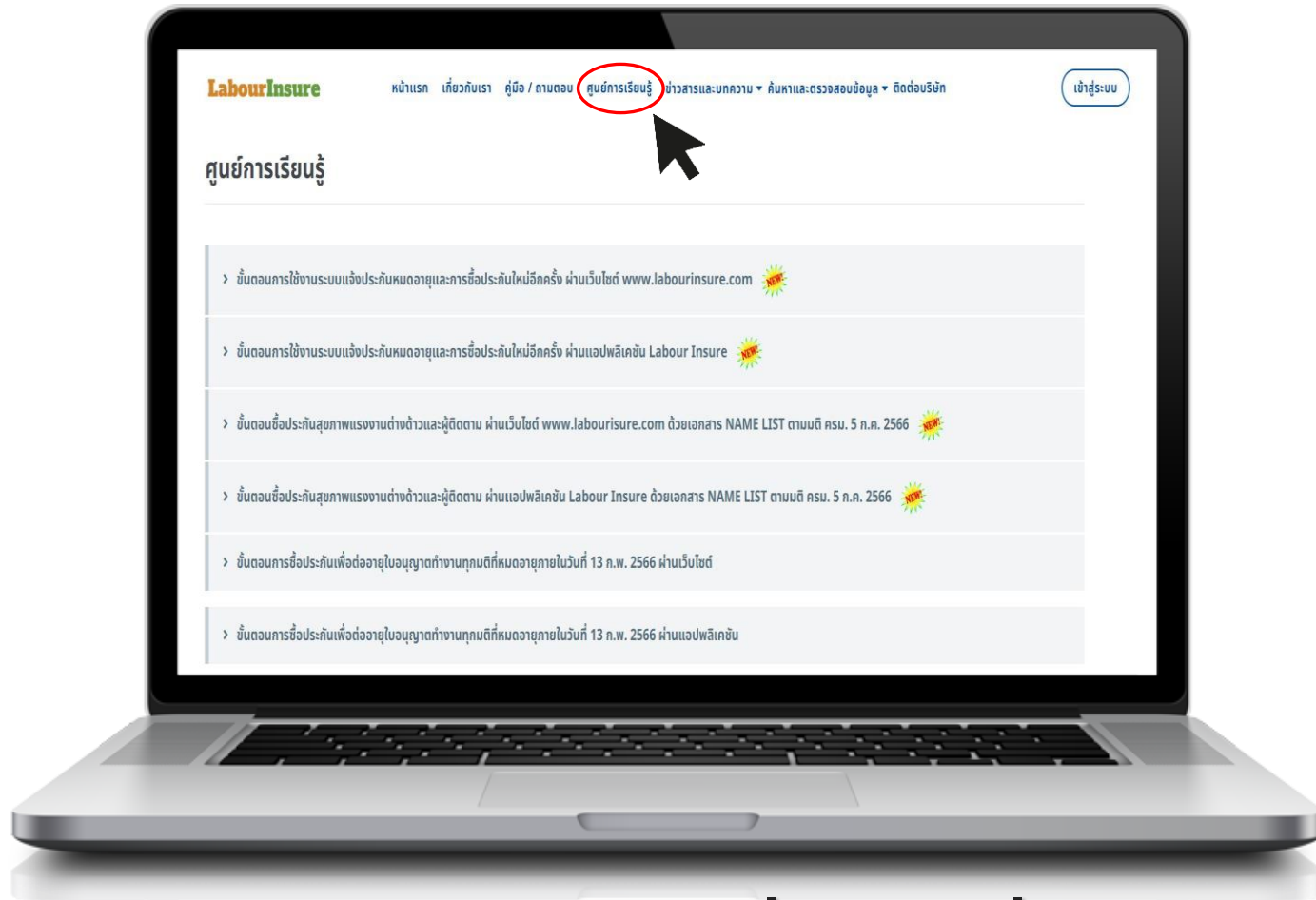
บริษัท แปซิฟิก รอสส์ ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน)  
157 ซาฟโรว์-จัตุรัส 21 ชั้น 21  
ถนนสาทรเหนือ แขวงสีลม  
เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

Pacific Cross Health Insurance PCL  
157 Chartered Square Building 21st Floor,  
North Sathorn Road, Siem,  
Bangkok, Bangkok 10500

Tax Number: 0107556000086  
Tel: +662 401 9189  
Fax: +662 402 2287  
www.PacificCrossHealth.com



# สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม



หากมีข้อสงสัยสามารถศึกษาวิดีโอเพิ่มเติมได้ที่ เมนู “ศูนย์การเรียนรู้”



## ขั้นตอนการเรียกร้อง สินไหม (เคลมประกัน)

1. กรณีเข้ารักษาที่โรงพยาบาลในเครือ  
ลูกค้าสามารถเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลในเครือได้โดยไม่ต้องสำรองเงินก่อน

# โรงพยาบาลในเครือ มากกว่า 500 แห่ง



# ขั้นตอนการเรียกร้อง สินไหม (เคลมประกัน)

## 2. กรณีเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลนอกเครือ

ลูกค้าจะต้องสำรองเงินไปก่อน และ เตรียมเอกสารเพื่อแจ้งเคลม ดังนี้

### 1. นำส่งเอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหม ตามรายละเอียดดังนี้

- ใบเสร็จรับเงิน ฉบับจริง
- ใบรับรองแพทย์ หรือ ใบรายงานแพทย์ ฉบับจริง
- สำเนา ใบอนุญาตทำงาน, พาสปอร์ต หรือเอกสารยืนยันตัวตนที่แจ้งไว้กับบริษัทฯ
- สำเนา ใบรับรองการประกันภัย
- สำเนา หน้าสมุดบัญชี ธนาคาร

**\*\*\* กรณีแรงงานต่างด้าวไม่มีสมุดบัญชีธนาคาร และ ต้องการโอนเงินให้นายจ้าง \*\*\***

- กรอกใบแบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหม (มุมซ้ายด้านล่าง)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของนายจ้าง (เซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง)
- หนังสือรับรองบริษัท ฯ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนผู้มีอำนาจ (สำหรับโอนเงินเข้าบริษัทในนามนิติบุคคล)

### 2. ท่านสามารถส่งเอกสารเรียกร้องสินไหม ดังนี้

จัดส่งทางไปรษณีย์ ส่งถึงฝ่ายสินไหม บริษัท แอปซิฟิค ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน)

152 อาคารชาร์เตอร์สแควร์ ชั้น 21 ห้อง 21-01 ถนนสาทรเหนือ แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

พร้อมทั้งระบุ ชื่อ - นามสกุล และ หมายเลขโทรศัพท์ เพื่อให้ทางแผนกสินไหมติดต่อกลับได้ ในกรณีที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม หรือเอกสารไม่ชัดเจน

### 3. ทางศูนย์สินไหมทดแทน จะพิจารณาอนุมัติจ่ายภายใน 15 วันทำการ นับจากได้รับเอกสารเรียกร้องสินไหมครบถ้วน

**ศูนย์สินไหมทดแทน TPA โทร 02-494-7004**





# THANK YOU

