

## บทยืนยัน

- พนักงานขาย : ผม/ดิฉัน ขออนุญาตทำการยืนยันข้อมูลสำหรับการสมัครเข้าร่วมแผนประกันภัย  
[.....] นะคะ/ครับ
- พนักงานขาย : ไม่ทราบว่า คุณ [ชื่อลูกค้า] สะดวกให้จัดส่งกรมธรรม์ประกันภัยไปให้ที่บ้านหรือที่ทำงานดีคะ/  
ครับ
- พนักงานขาย : คุณ [ชื่อลูกค้า] ยืนยันในการสมัครแผนประกันภัย [.....] โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้  
คะ/ครับ (บอกความคุ้มครองและจำนวนเงินเอาประกันภัยในแผนประกันภัยที่ลูกค้าเลือก  
รวมถึงช้อยกเว้นของกรมธรรม์ประกันภัย)  
ดิฉัน/ผม ขออ่านคำเตือนของสำนักงาน คปภ. ให้ฟังนะคะ/ครับ  
“ผู้เอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจเป็น  
เหตุให้บริษัทปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์  
มาตรา 865”  
รบกวนสะกดชื่อและนามสกุล คะ/ครับ
- ผู้ถือกรมธรรม์หลัก ชื่อ [ชื่อลูกค้า] นามสกุล [นามสกุลลูกค้า]
  - วันเดือนปีเกิด
  - หมายเลขบัตรประชาชน / บัตรหมคอายุ วัน เดือน ปี
  - ที่อยู่ในการจัดส่งกรมธรรม์ประกันภัย คะ/ครับ
- ชื่อผู้รับผลประโยชน์
- : ดิฉัน/ผม ขอทราบหมายเลขบัตรเครดิต เพื่อยืนยันการสมัครรับความคุ้มครองแผน  
[.....] ด้วยนะคะ/ครับ  
โดยคุณ [ชื่อลูกค้า] จะชำระค่าเบี้ยประกันภัยเป็นรายเดือน/ปี จำนวน [จำนวนเบี้ยประกันภัยที่  
ต้องชำระตามแผนประกันภัยที่ลูกค้าเลือก] บาท โดยจะชำระผ่าน
- บัตรเครดิต Visa/Master ของธนาคาร [ชื่อธนาคาร]  
หมายเลข [หมายเลขบัตร] หมคอายุวันที่ [วันที่หมดอายุ]
  - หักเงินจากบัญชีธนาคาร [ชื่อธนาคาร]  
บัญชี [ชื่อบัญชี] หมายเลข [หมายเลขบัญชี]
  - บริษัทฯ จะดำเนินการเรียกเก็บค่าเบี้ยประกันภัย การรักษาพยาบาลอันเนื่องมาจาก  
สุขภาพและอุบัติเหตุแบบอัตโนมัติทุกเดือน โดย [ชื่อลูกค้า] ยินยอมให้ บริษัทฯ ทำการต่อ  
อายุ กรมธรรม์ทุกครั้งที่กำหนด ตามสัญญาประกันหรือไม่  
[.....] ใช่ [ให้กล่าวยืนยันวิธีการชำระเงินอีกครั้ง]  
- ชำระโดยยินยอมให้บริษัทฯ เรียกเก็บผ่านบัตรเครดิตหรือเงินฝากธนาคารตามที่แจ้งไว้ด้านบน  
- ชำระโดยยินยอมให้บริษัทฯ เรียกเก็บผ่าน  
- ตัดบัตรเครดิต Visa/Master ธนาคาร [.....] หมายเลขบัตรเครดิต [.....] บัตรหมคอายุ [.....]  
- ตัดบัญชีเงินฝากธนาคาร [.....] สาขา [.....] บัญชีเลขที่ [.....]

[.....] ไม่ใช่/ให้ยืนยันความคุ้มครองตามแผนประกันที่ลูกค้าเลือกซื้อ และเงื่อนไขอื่นๆ  
ของกรมธรรม์

- พนักงานขาย : เรียบร้อยแล้วค่ะ/ครับ คุณ [ชื่อลูกค้า] จะได้รับความคุ้มครอง วันที่ [.....] เวลา  
[.....] และไม่เกิน 15 วันทำการ จะได้รับกรมธรรม์ประกันภัย หากไม่ได้รับให้รีบโทร  
แจ้งที่ บupa ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) หมายเลข [หมายเลขโทรศัพท์] หลังจากได้รับ  
กรมธรรม์ประกันภัย ทางเราแนะนำให้คุณ [ชื่อลูกค้า] อ่านรายละเอียดในกรมธรรม์ประกันภัย  
และหากคุณ [ชื่อลูกค้า] ไม่ได้รับกรมธรรม์ประกันภัย หรือมีข้อสงสัยเพิ่มเติมหลังจากได้รับ  
กรมธรรม์ประกันภัย ก็สามารถสอบถามมาที่หมายเลขดังกล่าวเช่นเดียวกัน
- ทั้งนี้ หากได้รับกรมธรรม์ประกันภัยแล้วคุณ [ชื่อลูกค้า] มีความประสงค์จะยกเลิก  
กรมธรรม์ประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม คุณ [ชื่อลูกค้า] สามารถส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัย  
มายังบริษัทภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับกรมธรรม์ประกันภัยจากบริษัทตามเงื่อนไขที่ได้แจ้ง  
ให้ทราบก่อนหน้านี้ หรือกรณีที่ต้องการยืนยันกลับในภายหลังว่าต้องการความคุ้มครองหรือไม่  
ก็สามารถพิจารณาข้อมูลที่ได้อ้างไว้กับทางบริษัทในวันนี้ ตามที่บริษัทฯ ได้ส่งให้ภายใน 15  
วันทำการหลังจากนี้ก็ได้เช่นเดียวกัน
- ในโอกาสนี้ ดิฉัน/ผม [ชื่อพนักงาน] และในนามของ บริษัท เจเนอราลี่ ประกันภัย (ไทย  
แลนด์) จำกัด (มหาชน) ขอขอบคุณที่ให้โอกาสมอบความคุ้มครองให้ในวันนี้ ขอขอบคุณค่ะ/ครับ  
สวัสดีค่ะ/ครับ
- : คุณ [ชื่อลูกค้า] ตกลงตามข้อความที่กล่าวมาทั้งหมด นะค่ะ/ครับ รบกวนคุณ [ชื่อลูกค้า] กรุณา  
กล่าวคำว่า “ตกลง” ด้วยค่ะ/ครับ