



บริษัท เจเนอราลี่ ประกันภัย (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)

87/2 อาคารธาวาสี ทาวเวอร์ ออลซีซั่นเพลส ชั้น 16 ยูนิค 1601 และ 1607 ถนนวิภาวดี พวงลมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 02-612-9888 ทะเบียนเลขที่ 0107555000571

ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล เจเนอราลี่ (สำหรับการขายผ่านช่องทางโทรศัพท์)

ใบคำขอเอาประกันภัย เลขที่.....กรมธรรม์เลขที่.....

1. ผู้ขอเอาประกันภัย: ชื่อ-สกุล.....เพศ.....วัน เดือน ปีเกิด.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....เอกสารที่ใช้แสดง: <input type="checkbox"/> บัตรประชาชน <input type="checkbox"/> บัตรข้าราชการ <input type="checkbox"/> หนังสือเดินทาง เลขที่บัตร.....			
2. ที่อยู่ปัจจุบัน (สถานที่ติดต่อ) เลขที่.....หมู่.....ซอย.....หมู่บ้าน.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทร/มือถือ.....อีเมลล์..... ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน <input type="checkbox"/> ที่เดียวกับที่อยู่ปัจจุบัน <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....			
3. สถานที่ทำงาน.....อาชีพปัจจุบัน.....ตำแหน่ง.....ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป.....เงินเดือน/ค่าจ้าง รวมปีละ.....บาท แหล่งที่มา.....			
4. ผู้รับประโยชน์: <input type="checkbox"/> ทายาทตามกฎหมาย <input type="checkbox"/> ระบุชื่อตามรายละเอียดด้านล่าง 1) ชื่อ-สกุล.....ความสัมพันธ์ <input type="checkbox"/> บิดา <input type="checkbox"/> มารดา <input type="checkbox"/> สามี <input type="checkbox"/> ภรรยา <input type="checkbox"/> บุตร <input type="checkbox"/> คู่ชีวิต (เพศเดียวกัน) ร้อยละ..... 2) ชื่อ-สกุล.....ความสัมพันธ์ <input type="checkbox"/> บิดา <input type="checkbox"/> มารดา <input type="checkbox"/> สามี <input type="checkbox"/> ภรรยา <input type="checkbox"/> บุตร <input type="checkbox"/> คู่ชีวิต (เพศเดียวกัน) ร้อยละ.....			
5. ข้อมูลผู้ชำระเบี้ย <input type="checkbox"/> ผู้ขอเอาประกันภัย <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุชื่อตามรายละเอียดด้านล่าง ชื่อ-สกุล.....ความสัมพันธ์.....วัน เดือน ปีเกิด.....บัตรประชาชนเลขที่บัตร.....			
6. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย: เริ่มต้นวันที่.....เวลา.....น. สิ้นสุดวันที่.....เวลา 16.30 น. กรมธรรม์ประกันภัยนี้ต่ออายุอัตโนมัติ วันสิ้นสุดการเอาประกันภัยเป็นไปตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย			
7. ความคุ้มครองและจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ต้องการ แผน			
ข้อตกลงคุ้มครอง / เอกสารแนบท้าย	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	ความรับผิดชอบส่วนแรก (บาท / วัน)	เบี้ยประกันภัย (บาท)
เบี้ยประกันภัยรวม (บาท)			
8. วิธีชำระเบี้ยประกันภัย 8.1 โดยชำระผ่านบัตรเครดิต <input type="checkbox"/> รายปี <input type="checkbox"/> รายปี แบบแบ่งจ่ายราย.....งวด <input type="checkbox"/> ราย 6 เดือน <input type="checkbox"/> ราย 3 เดือน <input type="checkbox"/> รายเดือน เลขที่บัตรเครดิต.....บัตรหมดอายุ..... 8.2 ชำระโดยผ่านเคาท์เตอร์ธนาคาร.....สาขา..... 8.3 ชำระโดยผ่านบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....บัญชีเลขที่.....			
9. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่นหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี หรือได้ขอ ถ้ามีหรือได้ขอ โปรดแจ้งจำนวนเงินเอาประกันภัยรวมทั้งหมด.....บาท บริษัท.....			
10. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม สำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้าเคยโปรดแจ้งบริษัท.....สาเหตุ.....			



บริษัท เจเนอรัลลี ประกันภัย (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)

87/2 อาคารธาวีสยาม ถนนรัชดาภิเษก แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10330 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 02-612-9888 โทรสาร 02-612-9889

11. ท่านมีอวัยวะส่วนใดผิดปกติหรือพิการบ้างหรือไม่? () ไม่มี () มี ถ้ามีโปรดแจ้ง.....

12. ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอคืนเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- ☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้เอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) และเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากสรรพากร เลขที่.....
- ☐ ไม่มีความประสงค์

- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย
- ในคำขอเอาประกันภัยผ่านทางโทรศัพท์ที่ถือเป็นเอกสารประกอบการพิจารณารับประกันภัยและการออกกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ซึ่ง บริษัท เจเนอรัลลี ประกันภัย (ไทยแลนด์) จำกัด ออกกรมธรรม์ประกันภัยให้โดยการพิจารณาถึงข้อเท็จจริงต่างๆของผู้เอาประกันภัยผ่านทางโทรศัพท์ที่ให้ไว้กับบริษัท ท่านในฐานะผู้เอาประกันภัยมีหน้าที่ต้องตรวจสอบว่าข้อมูลดังกล่าวนี้ถูกต้องและเป็นความจริง หากมีข้อสงสัยใดๆไม่ตรงกับความจริง โปรดแจ้งบริษัทเพื่อทำการแก้ไขให้ถูกต้อง ถ้าบริษัทไม่ได้รับแจ้งการเปลี่ยนแปลงแก้ไข บริษัทจะถือว่าผู้เอาประกันภัยได้ยืนยันและยอมรับในความถูกต้องของข้อมูลที่ระบุไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ทุกประการ และสัญญาประกันภัยฉบับนี้มีผลบังคับสมบูรณ์ เว้นแต่หากท่านประสงค์จะคืนกรมธรรม์ประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ท่านสามารถส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัยมายังบริษัทภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับกรมธรรม์ประกันภัยจากบริษัท และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวน โดยไม่หักค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น การคืนเบี้ยประกันภัย บริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 30 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับแจ้งการขอให้สิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย โดยคืนผ่านทางบัญชีธนาคารหรือบัตรเครดิต แล้วแต่กรณีและทั้งนี้ผู้เอาประกันภัยสามารถบอกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยได้โดยแจ้งให้บริษัททราบเป็นหนังสือและมีสิทธิได้รับเบี้ยประกันภัยคืน (ถ้ามี) ตามตารางอัตราเบี้ยประกันภัยระยะสั้น

(.....)

ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

และในฐานะของผู้แทนของกลุ่มสมรส และบุตร

วันที่ / Date/...../.....

สำหรับพนักงานขาย ชื่อรหัส.....ชื่อสาขา/รหัสสาขา

☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย ☐ นายหน้าประกันวินาศภัย ☐ การประกันภัยโดยตรง ใบอนุญาตเลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ผู้เอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865