



บริษัท เจนเนอรัลลี่ ประกันภัย (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน) 87/2 อาคาร ซีอาร์ซี ทาวเวอร์ ออลซีซั่นสเพลส ชั้น 16 ยูนิต 1601 และ 1607
 ถนนวิภาวดี แขวงจตุจักร เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2685-3828 โทรสาร. 0-2685-3830
Generali Insurance (Thailand) Public Company Limited 87/2 CRC Tower, All Seasons Place, 16th Floor, Unit 1601 and 1607,
 Wireless Road, Lumpini, Patumwan, Bangkok 10330 Tel. 0-2685-3828 Fax. 0-2685-3830

ใบคำขอเอาประกันภัย การประกันภัยอุบัติเหตุผ่านทางโทรศัพท์

ใบคำขอเอาประกันภัยเลขที่.....

1.	ผู้ขอเอาประกันภัย: ชื่อ-สกุล โทร โทรมือถือ..... ที่อยู่ รหัสไปรษณีย์ บัตรประชาชน บัตรข้าราชการ ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว หนังสือเดินทาง เลขที่ ออกให้ ณ เขต หรือ อำเภอ จังหวัด ประเทศ หมุดอาณัติ..... <table border="1"> <tr> <td>อายุ (ปี)</td> <td>วัน เดือน ปีเกิด</td> <td>ความสูง (ซม)</td> <td>น้ำหนัก (กก)</td> <td>สัญชาติ</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> อาชีพปัจจุบัน ตำแหน่ง ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป ชั้นอาชีพ เงินเดือน/ค่าจ้าง ปีละ บาท สถานที่ทำงาน..... ผู้รับประโยชน์ : ชื่อ-สกุล อายุ.....ปี ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย..... ผู้รับประโยชน์ : ชื่อ-สกุล อายุ.....ปี ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย..... ผู้รับประโยชน์ : ชื่อ-สกุล อายุ.....ปี ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย..... ผู้รับประโยชน์ : ชื่อ-สกุล อายุ.....ปี ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....					อายุ (ปี)	วัน เดือน ปีเกิด	ความสูง (ซม)	น้ำหนัก (กก)	สัญชาติ					
อายุ (ปี)	วัน เดือน ปีเกิด	ความสูง (ซม)	น้ำหนัก (กก)	สัญชาติ											
2.	ระยะเวลาขอเอาประกันภัยเริ่มต้นวันที่.....	เวลาน.	กรมธรรม์ประกันภัยนี้ต่ออายุอัตโนมัติ วันสิ้นสุดการเอา ประกันภัยเป็นไปตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย											
3.	ข้อตกลงคุ้มครองและจำนวนเงินขอเอาประกันภัยที่ต้องการ แผนประกันภัย เบี้ยประกันภัยรวม.....บาท เบี้ยประกันภัยรายงวด งวดละบาท														
4.	วิธีชำระเบี้ยประกันภัย 1. โดยชำระผ่านบัตรเครดิต รายเดือน ราย 3 เดือน ราย 6 เดือน รายปี เลขที่บัตรเครดิต..... บัตรหมดอายุ..... 2. ชำระโดยผ่านเคาท์เตอร์ธนาคาร.....สาขา..... 3. ชำระโดยผ่านบัญชีเงินฝากธนาคารสาขา.....บัญชีเลขที่.....														
5.	ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่นหรือไม่? ไม่มี มีหรือ ถ้ามีหรือได้ขอโปรดแจ้ง บริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....														
6.	ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือการขอเอาประกันชีวิต หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียก เก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่? ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดแจ้ง บริษัท.....สาเหตุ.....เมื่อใด.....														
7.	ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือเคยเข้ารับการรักษายาบาลด้วยโรค การผ่าตัด การได้รับการบาดเจ็บทางร่างกาย หรือไม่? ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี ถ้ามีโปรดระบุ ชื่อโรค/ลักษณะการบาดเจ็บ /สาเหตุ.....														

ใบคำขอเอาประกันภัยผ่านทางโทรศัพท์นี้ถือเป็นเอกสารประกอบการพิจารณารับประกันภัยและการออกกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ซึ่ง บริษัท เจนเนอราลี่ ประกันภัย (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน) ออกกรมธรรม์ประกันภัยให้โดยการพิจารณาถึงข้อแตกต่างของผู้เอาประกันภัยผ่านทาง โทรศัพท์ที่ให้ไว้กับบริษัท ท่านในฐานะผู้เอาประกันภัยมีหน้าที่ต้องตรวจสอบว่าข้อมูลดังกล่าวนี้ถูกต้องและเป็นความจริง หากมีข้อสงสัยใดไม่ ตรงกับความจริง โปรดแจ้งบริษัทเพื่อทำการแก้ไขให้ถูกต้อง ถ้าบริษัทไม่ได้รับแจ้งการเปลี่ยนแปลงแก้ไข บริษัทจะถือว่าผู้เอาประกันภัยได้ยืนยัน และยอมรับในความถูกต้องของข้อมูลที่ระบุไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ทุกประการ และสัญญาประกันภัยฉบับนี้มีผลบังคับสมบูรณ์ เว้นแต่หาก ท่านประสงค์จะคืนกรมธรรม์ประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ท่านสามารถส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัยมายังบริษัทภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับ กรมธรรม์ประกันภัยจากบริษัท และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวน โดยไม่หักค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น การคืนเบี้ยประกันภัย บริษัทจะดำเนินการ ให้แล้วเสร็จภายใน 30 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับแจ้งการขอให้สิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย โดยคืนผ่านทางบัญชีธนาคารหรือบัตรเครดิต แล้วแต่กรณีและทั้งนี้ผู้เอาประกันภัยสามารถบอกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยได้โดยแจ้งให้บริษัททราบเป็นหนังสือและมีสิทธิได้รับเบี้ยประกันภัย คืน (ถ้ามี) ตามตารางอัตราเบี้ยประกันภัยระยะสั้น

.....
ลงลายมือชื่อผู้ได้รับความคุ้มครอง

.....
ลงลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

...../...../.....
วัน เดือน ปี

...../...../.....
วัน เดือน ปี

☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย ☐ นายหน้าประกันวินาศภัยรายนี้ ใบอนุญาตเลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมาย
แพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท เจนเนอราลี่ ประกันภัย (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)

ลายมือชื่อตัวแทน.....

วันที่.....

รหัสตัวแทน.....

เวลา.....