

## Legal Gen Exclusive

บริษัท เจนเนอราลี่ ประกันภัย (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน) ขอขอบคุณ คุณ.....ที่มอบความไว้วางใจในการทำประกันภัย บริษัทฯ พิจารณารับประกันภัยโดยอาศัยหลักความสุจริตใจอย่างยิ่งตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 และคุณ.....มีสิทธิขอยกเลิกกรมธรรม์ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่คุณ.....ได้รับกรมธรรม์

ผม/ดิฉัน.....ใบอนุญาตเป็นตัวแทนประกันวินาศภัยเลขที่.....ขออนุญาตบันทึกเสียงเพื่อยืนยันการสมัครรับความคุ้มครองโดยไม่ต้องกรอกเอกสารการสมัครใดๆ ทั้งสิ้น

ปัจจุบันคุณ.....มีอายุ.....ปี ซึ่งอยู่ระหว่าง 1 6-60 ปี คุณ.....ต้องการสมัครทำประกันภัยแบบ **Gen Exclusive** กับบริษัท เจนเนอราลี่ ประกันภัย (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน) ซึ่งได้รับอนุมัติแบบประกันจากคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผม/ดิฉันขออนุญาตยืนยันเงื่อนไข และผลประโยชน์ที่คุณ.....จะได้รับความคุ้มครอง ดังนี้

1. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงเนื่องจากอุบัติเหตุ จะได้รับความคุ้มครอง 2,000,000 บาท
2. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงเนื่องจากอุบัติเหตุสาธารณะ จะได้รับความคุ้มครอง 4,000,000 บาท
3. การถูกฆาตกรรม ลอบทำร้าย จนเป็นเหตุให้เสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง จะได้รับความคุ้มครอง 400,000 บาท
4. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงเนื่องจากการขับขี่หรือซ้อนท้ายจักรยานยนต์ จะได้รับความคุ้มครอง 400,000 บาท
5. ค่ารักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุต่อครั้ง สูงสุดถึง 100,000 บาท
6. ค่าชดเชยรายได้ (ต่อวัน) วันละ 2,000 บาท สูงสุดถึง 365 วัน
7. ค่าชดเชยรายได้สำหรับห้อง ICU (ต่อวัน) วันละ 4,000 บาท สูงสุดถึง 30 วัน
8. ค่าปลงศพ (เสียชีวิตจากอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วย) ได้รับ 10,000 บาท

คุณ.....ตกลงที่จะชำระเบี้ยประกันภัยเป็นรายเดือน โดยเดือนที่ 1 เป็นเงินจำนวน 921.75 บาท และเดือนที่ 2 – 12 เป็นเงินจำนวน 923.75 บาท (เป็นรายปี เป็นเงินจำนวนงวดละ 11,083 บาท) ซึ่งคุณ.....เป็นผู้ถือบัตรเครดิตนี้ และอนุญาตให้หักเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิตธนาคาร.....

ประเภท.....เลขที่บัตร xxxx-xxxx-xxxx-xxxx วันหมดอายุ...../..... โดยการชำระเบี้ยประกันภัยในงวดถัดไป ทางบริษัทฯ จะขอทำการหักชำระเบี้ย ประกันภัยผ่านบัตรเครดิตของคุณ.....ทุกวันที่.....(วันที่เริ่มมีผลความคุ้มครอง) ของทุกเดือน รบกวนคุณ.....ตอบคำว่า “ตกลง” สำหรับผลประโยชน์ที่ได้รับด้วยครับ/ค่ะ

### **Yes File**

เนื่องจากคุณ.....ตอบคำถามสุขภาพ 3 ข้อว่า “ไม่เคย” ทั้งหมด คุณ.....จะได้รับความคุ้มครองทันทีเมื่อบริษัทพิจารณารับประกันภัย และเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยได้ ซึ่งคุณ.....จะได้รับกรมธรรม์ภายใน 15 วันทำการ นับ จากวันที่บริษัทพิจารณารับประกันภัย และ เรียกเก็บเบี้ยประกันภัยได้ หากคุณ.....มีข้อสงสัยสามารถสอบถามข้อมูลได้ที่เบอร์โทรศัพท์ 02-6129888 ในวันและเวลาทำการ ครับ/ค่ะ

### **Pending File**

เนื่องจากคุณ.....ตอบคำถามสุขภาพ 3 ข้อว่า “เคย” ในข้อใดข้อหนึ่ง ฝ่ายพิจารณารับประกันภัยของบริษัท ขออนุญาตฯ พิจารณาอีกครั้ง หากบริษัทพิจารณารับประกันภัย คุณ.....จะได้รับความคุ้มครองทันทีเมื่อบริษัทเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยได้ ซึ่งคุณ.....จะได้รับ กรมธรรม์ภายใน 15 วันทำการ นับจากวันที่บริษัทพิจารณารับประกันภัย และเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยได้ กรณีบริษัทไม่สามารถรับประกันภัยได้ ทางบริษัทจะจัดส่งหนังสือแจ้งให้คุณ.....ทราบ หากคุณ.....มีข้อสงสัยสามารถสอบถามข้อมูลได้ที่เบอร์โทรศัพท์ 02-6129888 ในวันและเวลาทำการครับ/ค่ะ

### **(กรณีผู้ถือบัตรเครดิต ไม่ใช่ผู้เอาประกันภัย)**

คุณ.....ตกลงที่จะชำระเบี้ยประกันภัยเป็นรายเดือน โดยเดือนที่ 1 เป็นเงินจำนวน ..... บาท และเดือนที่ 2 – 12 เป็นเงินจำนวน ..... บาท (เป็นรายปี เป็นเงินจำนวนงวดละ ..... บาท) ให้กับคุณ.....ซึ่งเป็นผู้เอาประกันภัย โดยที่คุณ.....เป็นผู้ถือบัตรเครดิตนี้ และอนุญาตให้หักเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิต ธนาคาร.....ประเภท.....เลขที่บัตร xxxx-xxxx-xxxx-xxxx วันหมดอายุ...../.....

รบกวนคุณ.....ตอบคำว่า “ตกลง” สำหรับการอนุญาตให้หักเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิตด้วยครับ/ค่ะ

การลงทะเบียนเรียบร้อยแล้วครับ/ค่ะ บริษัทต้องขอขอบพระคุณ คุณ.....ที่สละเวลาเข้าร่วมโครงการและขอให้สุขภาพร่างกาย สมบูรณ์ แข็งแรงตลอดไปครับ/ค่ะ สวัสดีครับ/ค่ะ