



บริษัท เจนเนอรัลลี่ ประกันภัย (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)
87/2 อาคาร ซีอาร์ซี ทาวเวอร์ ออลซีซั่นเพลส 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. 0-2685-383

ใบคำขอเอาประกันภัย														
กรมธรรม์ประกันภัย เจนสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล														
แบบจ่ายผลประโยชน์ต่อปี (สำหรับการขายผ่านช่องทางโทรศัพท์)														
ใบคำขอเอาประกันภัยเลขที่			วันที่ร้องขอ											
1.	<p>ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย</p> <p>ผู้ขอเอาประกันภัย: ชื่อ-สกุล โทร โทรมือถือ.....</p> <p>ที่อยู่..... รหัสไปรษณีย์..... อีเมล.....</p> <p><input type="checkbox"/> บัตรประชาชน <input type="checkbox"/> บัตรข้าราชการ <input type="checkbox"/> ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว <input type="checkbox"/> หนังสือเดินทาง เลขที่.....</p> <p>ออกให้ ณ เขต หรือ อำเภอ จังหวัด ประเทศ..... หมาอายุวันที่.....</p> <table><thead><tr><th>อายุ (ปี)</th><th>วัน เดือน ปีเกิด</th><th>ความสูง (ซม)</th><th>น้ำหนัก (กก)</th><th>สัญชาติ</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table> <p>อาชีพปัจจุบัน ตำแหน่ง</p> <p>ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป ชั้นอาชีพ</p> <p>เงินเดือน/ค่าจ้าง ปีละ บาท สถานที่ทำงาน.....</p> <p>ผู้รับประโยชน์: ชื่อ-สกุล อายุ.....ปี ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....</p> <p>ผู้รับประโยชน์: ชื่อ-สกุล อายุ.....ปี ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....</p>				อายุ (ปี)	วัน เดือน ปีเกิด	ความสูง (ซม)	น้ำหนัก (กก)	สัญชาติ					
อายุ (ปี)	วัน เดือน ปีเกิด	ความสูง (ซม)	น้ำหนัก (กก)	สัญชาติ										
2.	<p>ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันเป็นสามี / ภรรยา / บุตร / บิดา มารดา)</p> <p>ชื่อ-สกุล ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย : ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....</p> <p>วัน เดือน ปีเกิด..... อายุ.....ปี โทร..... โทรมือถือ.....</p> <p><input type="checkbox"/> บัตรประชาชน <input type="checkbox"/> บัตรข้าราชการ <input type="checkbox"/> ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว <input type="checkbox"/> หนังสือเดินทาง เลขที่.....</p> <p>อาชีพปัจจุบัน ตำแหน่ง</p> <p>ต้องการใบเสร็จเพื่อลดหย่อนภาษี (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็น บิดา มารดา) <input type="checkbox"/> ต้องการ <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ</p>													
3.	กรมธรรม์ประกันภัยนี้ต่ออายุอัตโนมัติ วันสิ้นสุดการเอาประกันภัยเป็นไปตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย													
4.	<p>ข้อตกลงคุ้มครองและจำนวนเงินขอเอาประกันภัยที่ต้องการ</p> <p>แผนประกันภัย</p> <p>เบี้ยประกันภัยรวม.....บาท เบี้ยประกันภัยรายงวด งวดละบาท</p>													
5.	<p>วิธีชำระเบี้ยประกันภัย</p> <p><input type="checkbox"/> รายเดือน <input type="checkbox"/> ราย 3 เดือน <input type="checkbox"/> ราย 6 เดือน <input type="checkbox"/> รายปี</p> <p><input type="checkbox"/> โดยชำระผ่านบัตรเครดิต เลขที่บัตรเครดิต..... บัตรหมดอายุ.....</p> <p><input type="checkbox"/> ชำระโดยผ่านเคาท์เตอร์ธนาคาร.....สาขา.....</p> <p><input type="checkbox"/> ชำระโดยผ่านบัญชีเงินฝากธนาคารสาขา.....บัญชีเลขที่.....</p>													

