



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..... อีเมลล์.....</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>													

ข้อมูลสุขภาพของผู้เอาประกันภัยและ/หรือผู้ได้รับความคุ้มครอง

กรมการกรายละเอียดของผู้เอาประกันภัยแต่ละท่าน ผู้ปกครองสามารถกรอกรายละเอียดแทนบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ

ชื่อของผู้เอาประกันภัย/ผู้ได้รับความคุ้มครอง นาย / นาง / นส. / คญ. / คช. / ฯลฯ

โทรศัพท์: โทรสาร: อีเมลล์:

11. ท่านมีประกันสุขภาพ ประกันชีวิต หรือ ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล ไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่นหรือไม่?

☐ ไม่มี ☐ มี ถ้ามี โปรดแจ้ง บริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....

2. ท่านเคยได้รับการปฏิเสธการรับประกันภัย ยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย การขึ้นเบี้ยประกันภัย หรือ การขกเว้นความคุ้มครองจากบริษัทประกันภัยใดๆหรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคย โปรดระบุ

3. ท่านเป็น หรือ เคยได้รับการรักษาโรคดังต่อไปนี้หรือไม่ โรคไต โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคตับ โรคเอดส์ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคเลือด โรคทางสมองและหลอดเลือดสมอง โรคทาง ระบบประสาท อัมพาต เนื้องอก โรคกระดูกหรือโรคกล้ามเนื้อ หรือโรคอื่นๆ

☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคย โปรดระบุ.....

4. ใน 5 ปีที่ผ่านมาท่านเคยเข้ารับการปรึกษาแพทย์ ได้รับการตรวจวินิจฉัย อาทิเช่น เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่งตรวจชิ้นเนื้อทางด้าน พยาธิวิทยา การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจคลื่นหัวใจ หรือการตรวจเลือด ปัสสาวะหรือได้รับการส่งยาจากแพทย์หรือไม่ หากเคย กรุณาให้ละเอียดและสาเหตุของการ เข้ารับการปรึกษา การได้รับการส่งยา รวมถึงข้อยาที่ได้รับ หรือยาที่ปัจจุบันใช้อยู่

☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคย โปรดระบุ.....

5. ปัจจุบันท่านกำลังเจ็บป่วยหรือมีอาการผิดปกติ (อาทิเช่น อาการปวดที่ผิดปกติ, ก้อนเนื้อ ดึงเนื้อ ที่เจริญผิดปกติ, ภาวะการมองเห็นพร่ามัวผิดปกติ, ภาวะเลือดออกผิดปกติ, มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นลมบ่อยๆและ อื่น ๆ) ที่ยังมิได้เข้ารับการปรึกษาหรือปรึกษาจากแพทย์หรือไม่ หากมี กรุณาระบุผลการตรวจหรือสาเหตุที่ต้องเข้ารับการ ตรวจ วันเดือนปี และสถานที่ที่ตรวจ

☐ ไม่มี ☐ มี ถ้ามี โปรดระบุ.....

โปรดแจ้งชื่อแพทย์, โรงพยาบาลหรือคลินิก พร้อมที่อยู่ ที่ผู้เอาประกันภัย หรือผู้ได้รับความคุ้มครองใช้บริการประจำ (กรณีที่ท่านเป็นบุคคลต่างชาติ (ไม่ใช่คนไทย) กรุณาให้ชื่อแพทย์ และสถานพยาบาลที่รับการรักษาล่าสุดในประเทศของท่าน)

.....
.....

ข้าพเจ้ารับรองว่าข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ หากถ้อยแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท เจเนอราลี่ ประกันภัย (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียด ซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจาก แพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า สำเนาของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

.....

ลงลายมือชื่อผู้ได้รับความคุ้มครอง

(และลงนามแทนบุตรของผู้เอาประกันภัยที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี)

...../...../.....

วัน เดือน ปี

.....

ลงลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

...../...../.....

วัน เดือน ปี

☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย ☐ นายหน้าประกันวินาศภัย.....ใบอนุญาตเลขที่

หากผู้เอาประกันภัยไม่ประสงค์จะขอเอาประกันภัย กรุณาติดต่อพร้อมส่งเอกสารการยกเลิกการเอาประกันภัยพร้อมใบคำขอเอาประกันภัย หรือกรมธรรม์ประกันภัย (แล้วแต่กรณี) คืนบริษัทภายใน 15 วัน นับจากวันที่ได้รับเอกสารดังกล่าว หากผู้เอาประกันภัยมิได้ดำเนินการดังกล่าวข้างต้น บริษัทจะถือว่าผู้เอาประกันภัยได้ยอมรับในรายละเอียดข้อมูลที่เราได้ข้างต้นว่าถูกต้อง และสัญญาประกันภัยนี้จะมีผลต่อเนื่องไปจนกว่าบริษัทจะได้รับแจ้งการแจ้งการเปลี่ยนแปลงเป็นลายลักษณ์อักษรจากท่าน

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้

ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท เจเนอราลี่ ประกันภัย (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)

ลายมือชื่อตัวแทน.....

รหัสตัวแทน.....

วันที่.....

เวลา.....