



บริษัท เจนเนอรัล ประกันภัย (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)

87/2 อาคารธิดาธิรา ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 02-612-9888 กาเบียนเลขที่ 0107555000571

## ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัย เจนสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล

แบบจ่ายผลประโยชน์ต่อปี (สำหรับการขายผ่านช่องทางโทรศัพท์)

ใบคำขอเอาประกันภัยเลขที่ \_\_\_\_\_ วันที่ร้องขอ \_\_\_\_\_

### 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัย: ชื่อ-สกุล..... โทร..... โทรมือถือ.....  
ที่อยู่..... รหัสไปรษณีย์..... อีเมลล์.....  
☐ บัตรประชาชน ☐ บัตรข้าราชการ ☐ ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว ☐ หนังสือเดินทาง เลขที่.....  
ออกให้ ณ เขต หรือ อำเภอ ..... จังหวัด ..... ประเทศ..... หมาอายุวันที่.....

อายุ (ปี)	วัน เดือน ปีเกิด	ความสูง (ซม)	น้ำหนัก (กก)	สัญชาติ

อาชีพปัจจุบัน ..... ตำแหน่ง .....  
ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป ..... ชั้นอาชีพ.....  
เงินเดือน/ค่าจ้าง ปีละ ..... บาท สถานที่ทำงาน.....  
ผู้รับประโยชน์: ชื่อ-สกุล ..... อายุ.....ปี ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....  
ผู้รับประโยชน์: ชื่อ-สกุล ..... อายุ.....ปี ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....

### 2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็น สามี / ภรรยา / บุตร / บิดา มารดา)

ชื่อ-สกุล ผู้ชำระเบี้ย : ..... ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....  
วัน เดือน ปีเกิด..... อายุ.....ปี โทร..... โทรมือถือ.....  
☐ บัตรประชาชน ☐ บัตรข้าราชการ ☐ ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว ☐ หนังสือเดินทาง เลขที่.....  
อาชีพปัจจุบัน ..... ตำแหน่ง .....  
ต้องการใบเสร็จเพื่อลดหย่อนภาษี (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็น บิดา มารดา) ☐ ต้องการ ☐ ไม่ต้องการ

### 3. กรมธรรม์ประกันภัยนี้ต่ออายุอัตโนมัติ วันสิ้นสุดการเอาประกันภัยเป็นไปตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย

### 4. ข้อตกลงคุ้มครองและจำนวนเงินขอเอาประกันภัยที่ต้องการ

แผนประกันภัย .....  
เบี้ยประกันภัยรวม.....บาท เบี้ยประกันภัยรายงวด งวดละ .....บาท

### 5. วิธีชำระเบี้ยประกันภัย

☐ รายเดือน ☐ ราย 3 เดือน ☐ ราย 6 เดือน ☐ รายปี  
☐ โดยชำระผ่านบัตรเครดิต เลขที่บัตรเครดิต.....บัตรหมดอายุ.....  
☐ ชำระโดยผ่านเคาท์เตอร์ธนาคาร.....สาขา.....  
☐ ชำระโดยผ่านบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....บัญชีเลขที่.....

### ข้อมูลเลขสุขภาพของผู้เอาประกันภัยและ/หรือผู้ได้รับความคุ้มครอง

กรณการกรอกรายละเอียดของผู้เอาประกันภัยแต่ละท่าน ผู้ปกครองสามารถกรอกรายละเอียดแทนบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ

ชื่อของผู้เอาประกันภัยผู้ได้รับความคุ้มครอง นาย / นาง / นส. / ดญ. / ดช. / ฯลฯ .....  
โทรศัพท์: ..... โทรสาร: ..... อีเมลล์: .....

### 1. ท่านมีประกันสุขภาพ ประกันชีวิต หรือ ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล ใดกับบริษัทหรือกับบริษัทอื่นหรือไม่?

☐ ไม่มี ☐ มี ถ้ามีโปรดแจ้ง บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย.....

### 2. ท่านเคยได้รับการปฏิเสธการรับประกันภัย ยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย การขึ้นเบี้ยประกันภัย หรือ การยกเว้นความคุ้มครองจากบริษัทประกันภัยใดๆหรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุ .....



บริษัท เจเนอราลี่ ประกันภัย (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)

87/2 อาคารธาวีสยาม ทาวเวอร์ ออลซีซั่นสเปส ชั้น 16 ยูนิต 1601 และ 1607 ถนนวิภาวดี แสงชูปวิณี เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 02-612-9888 ทะเบียนเลขที่ 0107555000571

3.	ท่านเป็น หรือ เคยได้รับการรักษาโรคดังต่อไปนี้หรือไม่ โรคไต โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคตับ โรคเอดส์ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคเลือด โรคทางสมองและหลอดเลือดสมอง โรคทาง ระบบประสาท อัมพาต เนื้องอก โรคกระดูกหรือโรคกล้ามเนื้อ หรือโรคอื่นๆ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้าเคยโปรดระบุ.....
4.	ใน 5 ปีที่ผ่านมาท่านเคยเข้ารับการปรึกษาแพทย์ ได้รับการตรวจวินิจฉัย อาทิเช่น เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่งตรวจชิ้นเนื้อทางด้านพยาธิวิทยา การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจคลื่นหัวใจ หรือการตรวจเลือด บัสสาวะหรือได้รับการส่งยาจากแพทย์หรือไม่ หากเคย กรุณาให้รายละเอียดและสาเหตุของการเข้ารับการปรึกษา การได้รับการส่งยา รวมถึงชื่อยาที่ได้รับ หรือยาที่ปัจจุบันใช้อยู่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้าเคยโปรดระบุ.....
5.	ปัจจุบันท่านกำลังเจ็บป่วยหรือมีอาการผิดปกติ (อาทิเช่น อาการปวดที่ผิดปกติ, ก้อนเนื้อ ดังเนื้อ ที่เจริญผิดปกติ, ภาวะการมองเห็นพร่ามัวผิดปกติ, ภาวะเลือดออกผิดปกติ, มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นลมบ่อยๆและอื่น ๆ) ที่ยังมิได้เข้ารับการปรึกษาหรือปรึกษาจากแพทย์หรือไม่ หากมี กรุณาระบุผลการตรวจหรือสาเหตุที่ต้องเข้ารับการตรวจ วันเดือนปี และสถานที่ที่ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ถ้ามีโปรดระบุ.....

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

.....  
.....

ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

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

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

.....	.....
ลงลายมือชื่อผู้ได้รับความคุ้มครอง	ลงลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย
(และลงนามแทนบุตรของผู้เอาประกันภัยที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี)	
...../...../.....	...../...../.....
วัน เดือน ปี	วัน เดือน ปี

☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย ☐ นายหน้าประกันวินาศภัยรายนี้ .....ใบอนุญาตเลขที่.....

หากผู้เอาประกันภัยไม่ประสงค์จะขอเอาประกันภัย กรุณาติดต่อพร้อมส่งเอกสารการยกเลิกการเอาประกันภัยพร้อมใบคำขอเอาประกันภัยหรือกรมธรรม์ประกันภัย (แล้วแต่กรณี) คืนบริษัทภายใน 15 วัน นับจากวันที่ได้รับเอกสารดังกล่าว หากผู้เอาประกันภัยมีได้ดำเนินดังกล่าวข้างต้น บริษัทจะถือว่าผู้เอาประกันภัยได้ยอมรับในรายละเอียดข้อมูลที่ระบุไว้ข้างต้นว่าถูกต้อง และสัญญาประกันภัยนี้จะมีผลต่อเนื่องไปจนกว่าบริษัทจะได้รับแจ้งการแจ้งการเปลี่ยนแปลงเป็นลายลักษณ์อักษรจากท่าน

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)  
ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้  
ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท เจเนอราลี่ ประกันภัย (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)  
ลายมือชื่อตัวแทน..... วันที่.....  
รหัสตัวแทน..... เวลา.....