



บริษัท เจนเนอรัล ประกันภัย (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)

87/2 อาคารธิดาธิราช ทาวเวอร์ ออลซีซั่นเพลส ชั้น 16 ยูนิท 1601 และ 1607 ถนนวิภาวดี แสงชูบพิตร 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..... อีเมล..... ☐ บัตรประชาชน ☐ บัตรข้าราชการ ☐ ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว ☐ หนังสือเดินทาง เลขที่..... ออกให้ ณ เขต หรือ อำเภอ จังหวัด ประเทศ..... หมาอายุวันที่..... <table><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.....	อายุ (ปี)	วัน เดือน ปีเกิด	ความสูง (ซม)	น้ำหนัก (กก)	สัญชาติ					
อายุ (ปี)	วัน เดือน ปีเกิด	ความสูง (ซม)	น้ำหนัก (กก)	สัญชาติ							
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 บาท เบี้ยประกันภัยรวม.....บาท เบี้ยประกันภัยรายงวด งวดละบาท										
5.	วิธีชำระเบี้ยประกันภัย ☐ รายเดือน ☐ ราย 3 เดือน ☐ ราย 6 เดือน ☐ รายปี ☐ โดยชำระผ่านบัตรเครดิต เลขที่บัตรเครดิต.....บัตรหมดอายุ..... ☐ ชำระโดยผ่านเคาท์เตอร์ธนาคาร.....สาขา..... ☐ ชำระโดยผ่านบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....บัญชีเลขที่.....										
ข้อแถลงสุขภาพของผู้เอาประกันภัยและ/หรือผู้ได้รับความคุ้มครอง กรณการกรอกรายละเอียดของผู้เอาประกันภัยแต่ละท่าน ผู้ปกครองสามารถกรอกรายละเอียดแทนบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ชื่อของผู้เอาประกันภัยผู้ได้รับความคุ้มครอง นาย / นาง / นส. / ดญ. / ดช. / ฯลฯ โทรศัพท์: โทรสาร: อีเมล:											
1.	ท่านมีประกันสุขภาพ ประกันชีวิต หรือ ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล ไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่นหรือไม่? ☐ ไม่มี ☐ มี ถ้ามีโปรดแจ้ง บริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....										
2.	ท่านเคยได้รับการปฏิเสธการรับประกันภัย ยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย การขึ้นเบี้ยประกันภัย หรือ การยกเว้นความคุ้มครองจากบริษัทประกันภัยใดๆหรือไม่? ☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุ										



บริษัท เจเนอรัล ประกันภัย (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)

87/2 อาคารธำรงชัย ทาวเวอร์ ออลซีซั่นสเปส ชั้น 16 ยูนิค 1601 และ 1607 ถนนวิภาวดี แสงชูพันธุ์ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 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 ☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุ.....
4.	ใน 5 ปีที่ผ่านมาท่านเคยเข้ารับการปรึกษาแพทย์ ได้รับการตรวจวินิจฉัย อาทิเช่น เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่งตรวจชิ้นเนื้อทางด้านพยาธิวิทยา การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจคลื่นหัวใจ หรือการตรวจเลือด ปัสสาวะหรือได้รับการส่งยาจากแพทย์หรือไม่ หากเคย กรุณาให้รายละเอียดและสาเหตุของการเข้ารับการปรึกษา การได้รับการส่งยา รวมถึงชื่อยาที่ได้รับ หรือยาที่ปัจจุบันใช้อยู่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุ.....
5.	ปัจจุบันท่านกำลังเจ็บป่วยหรือมีอาการผิดปกติ (อาทิเช่น อาการปวดที่ผิดปกติ, ก้อนเนื้อ คั่งเนื้อ ที่เจริญผิดปกติ, ภาวะการมองเห็นพร่ามัวผิดปกติ, ภาวะเลือดออกผิดปกติ, มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นลมบ่อยๆและอื่น ๆ) ที่ยังมิได้เข้ารับการปรึกษาหรือปรึกษาจากแพทย์หรือไม่ หากมี กรุณาระบุผลการตรวจหรือสาเหตุที่ต้องเข้ารับการตรวจ วันเดือนปี และสถานที่ที่ตรวจ ☐ ไม่มี ☐ 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 เจเนอรัล ประกันภัย (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจาก แพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า สำเนาของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

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

☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย ☐ นายหน้าประกันวินาศภัยรายนี้ใบอนุญาตเลขที่.....
หากผู้ขอเอาประกันภัยไม่ประสงค์จะขอเอาประกันภัย กรุณาติดต่อพร้อมส่งเอกสารการยกเลิกการเอาประกันภัยพร้อมใบคำขอเอาประกันภัยหรือกรมธรรม์ประกันภัย (แล้วแต่กรณี) คืนบริษัทภายใน 15 วัน นับจากวันที่ได้รับเอกสารดังกล่าว หากผู้ขอเอาประกันภัยมีได้ดำเนินการดังกล่าวข้างต้น บริษัทจะถือว่าผู้ขอเอาประกันภัยได้ยอมรับในรายละเอียดข้อมูลที่ระบุไว้ข้างต้นว่าถูกต้อง และสัญญาประกันภัยนี้จะมีผลต่อเนื่องไปจนกว่าบริษัทจะได้รับแจ้งการแจ้งการเปลี่ยนแปลงเป็นลายลักษณ์อักษรจากท่าน

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)
ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้
ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท เจเนอรัล ประกันภัย (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)

ลายมือชื่อตัวแทน..... วันที่.....
รหัสตัวแทน..... เวลา.....