



บริษัท เจนเนอรัล ประกันภัย (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)
 87/2 อาคาร ซีอีอาร์ ซีอีเออร์ ออลซีซั่นส โกลด์ ชั้น 16 ยูนิท 1601 และ 1607 ถนนวิภาวดี
 แขวงจตุจักร เขตจตุจักร 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, Pathumwan, Bangkok 10330 Tel. 0-2685-3828 Fax. 0-2685-3831

ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัย สุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล แบบจ่ายผลประโยชน์ต่อปี

ใบคำขอเอาประกันภัยเลขที่ _____ วันที่ขอเอาประกันภัย _____

1. **ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย**
 ผู้ขอเอาประกันภัย: ชื่อ-สกุล โทร โทรศัพท์มือถือ

ที่อยู่ รหัสไปรษณีย์ อีเมล

บัตรประชาชน บัตรข้าราชการ ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว หนังสือเดินทาง เลขที่

ออกให้ ณ เขต หรือ อำเภอ จังหวัด ประเทศ หมออายุวันที่

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

อาชีพปัจจุบัน ตำแหน่ง

ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป ชั้นอาชีพ

เงินเดือน/ค่าจ้าง ปีละ บาท สถานที่ทำงาน

ผู้รับประโยชน์ : ชื่อ-สกุล อายุ ปี ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย

ผู้รับประโยชน์ : ชื่อ-สกุล อายุ ปี ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย

2. **ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็นสามี / ภรรยา/บุตร / บิดา มารดา)**
 ชื่อ-สกุล ผู้ชำระเบี้ย : ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย

วัน เดือน ปีเกิด อายุ ปี โทร โทรศัพท์มือถือ

บัตรประชาชน บัตรข้าราชการ ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว หนังสือเดินทาง เลขที่

อาชีพปัจจุบัน ตำแหน่ง

ต้องการใบสร้งเพื่อลดหย่อนภาษี (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็น บิดา มารดา) ต้องการ ไม่ต้องการ

3. กรมธรรม์ประกันภัยนี้คืออายุถัดในมิติ วันสิ้นสุดการเอาประกันภัยเป็นไปตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย

4. **ข้อตกลงคุ้มครองและจำนวนเงินขอเอาประกันภัยที่ต้องการ**
 แผนประกันภัย
 เบี้ยประกันภัยรวม บาท เบี้ยประกันภัยรายงวด งวดละ บาท

5. **วิธีชำระเบี้ยประกันภัย**
 รายเดือน ราย 3 เดือน ราย 6 เดือน รายปี

โดยชำระผ่านบัตรเครดิต เลขที่บัตรเครดิต บัตรหมดอายุ

ชำระโดยผ่านบัตรเครดิตธนาคาร สาขา

ชำระโดยผ่านบัญชีเงินฝากธนาคาร สาขา บัญชีเลขที่



