

คำแถลงสุขภาพของผู้เอาประกันภัย

วันที่ :/...../.....

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้เอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

กรมธรรม์ประกันชีวิตเลขที่	ช่องทางการจัดจำหน่าย ☐ ตัวแทน ☐ นายหน้า ☐ ทางโทรศัพท์ หน่วยงาน โทรศัพท์
ผู้เอาประกันภัยทั่วไป หรือ ผู้เยาว์	ผู้ชำระเบี้ยประกันชีวิต (กรณีมีสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองผู้ชำระเบี้ยประกันชีวิต)
1) ชื่อ- นามสกุล..... 2) เลขบัตรประชาชน - - - อายุ ปี 3) เบอร์มือถือที่ติดต่อได้ - - กรุณากรอกข้อมูลเบอร์ติดต่อปัจจุบัน เพื่อให้บริษัทฯ สามารถให้บริการช่วยเหลือ และติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับกรมธรรม์ของท่าน หากข้อมูลในคำร้องนี้ต่างจากที่เคยแจ้งไว้ บริษัทฯ ขอปรับปรุงข้อมูลในทุกกรมธรรม์ที่ท่านมีอยู่กับบริษัทฯ ให้เป็นปัจจุบัน 4) อาชีพ..... 5) ชื่อสถานที่ทำงาน/โรงเรียน..... ที่อยู่..... ลักษณะธุรกิจ.....รายได้ต่อปีบาท 6) ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก. 7) ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านน้ำหนักเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ☐ ไม่เปลี่ยนแปลง ☐ เปลี่ยนแปลง เพราะ 8) ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่ 9) ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย 10) ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติดหรือไม่ ☐ ไม่เสพ/ไม่เคย ☐ เสพ/เคย ชนิด..... ปริมาณ ความถี่ ครั้ง/สัปดาห์ เสพมานาน ปี เลิกเสพเมื่อ 11) ท่านดื่มหรือเคยดื่ม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ ☐ ไม่ดื่ม/ไม่เคยดื่ม ☐ ดื่ม/เคย ชนิด..... ปริมาณ ความถี่ ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน ปี เลิกดื่มเมื่อ 12) ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่ ☐ ไม่สูบ/ไม่เคยสูบ ☐ สูบ/เคย ชนิด..... ปริมาณ ความถี่ ครั้ง/สัปดาห์ สูบมานาน ปี เลิกสูบเมื่อ	1) ชื่อ- นามสกุล..... 2) เลขบัตรประชาชน - - - อายุ ปี 3) เบอร์มือถือที่ติดต่อได้ - - กรุณากรอกข้อมูลเบอร์ติดต่อปัจจุบัน เพื่อให้บริษัทฯ สามารถให้บริการช่วยเหลือ และติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับกรมธรรม์ของท่าน หากข้อมูลในคำร้องนี้ต่างจากที่เคยแจ้งไว้ บริษัทฯ ขอปรับปรุงข้อมูลในทุกกรมธรรม์ที่ท่านมีอยู่กับบริษัทฯ ให้เป็นปัจจุบัน 4) อาชีพ..... 5) ชื่อสถานที่ทำงาน/โรงเรียน..... ที่อยู่..... ลักษณะธุรกิจ.....รายได้ต่อปีบาท 6) ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก. 7) ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านน้ำหนักเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ☐ ไม่เปลี่ยนแปลง ☐ เปลี่ยนแปลง เพราะ 8) ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่ 9) ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย 10) ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติดหรือไม่ ☐ ไม่เสพ/ไม่เคย ☐ เสพ/เคย ชนิด..... ปริมาณ ความถี่ ครั้ง/สัปดาห์ เสพมานาน ปี เลิกเสพเมื่อ 11) ท่านดื่มหรือเคยดื่ม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ ☐ ไม่ดื่ม/ไม่เคยดื่ม ☐ ดื่ม/เคย ชนิด..... ปริมาณ ความถี่ ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน ปี เลิกดื่มเมื่อ 12) ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่ ☐ ไม่สูบ/ไม่เคยสูบ ☐ สูบ/เคย ชนิด..... ปริมาณ ความถี่ ครั้ง/สัปดาห์ สูบมานาน ปี เลิกสูบเมื่อ

13) บิดา/มารดา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดาของท่าน เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคเมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตาย หรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือ โรคไวรัสตับอักเสบหรือไม่ ☐ ไม่เป็น ☐ เป็น โรค..... อายุที่เริ่มเป็น.....ปี 14) ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการยกเลิกคืนผู้สถานะเดิมของกรมธรรม์ หรือการขอต่ออายุกรมธรรม์จากบริษัทนี้ หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย สาเหตุเมื่อ 15) ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น เอกซเรย์ ตรวจคลื่นหัวใจ ตรวจเลือด หรือตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย ตรวจเมื่อ..... สถานพยาบาล ผล 16) ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านได้รับบาดเจ็บ เจ็บป่วย ผ่าตัด ปรึกษาแพทย์ มีการแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ หรือเข้ารักษาในสถานพยาบาลหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย อาการ เมื่อ สถานพยาบาล ผล	13) บิดา/มารดา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดาของท่าน เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคเมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตาย หรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือ โรคไวรัสตับอักเสบหรือไม่ ☐ ไม่เป็น ☐ เป็น โรค..... อายุที่เริ่มเป็น.....ปี 14) ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการยกเลิกคืนผู้สถานะเดิมของกรมธรรม์ หรือการขอต่ออายุกรมธรรม์จากบริษัทนี้ หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย สาเหตุเมื่อ 15) ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น เอกซเรย์ ตรวจคลื่นหัวใจ ตรวจเลือด หรือตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย ตรวจเมื่อ..... สถานพยาบาล ผล 16) ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านได้รับบาดเจ็บ เจ็บป่วย ผ่าตัด ปรึกษาแพทย์ มีการแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ หรือเข้ารักษาในสถานพยาบาลหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย อาการ เมื่อ สถานพยาบาล ผล
--	--

	ผู้เอาประกันชีวิต/ ผู้เยาว์		ผู้ชำระเบี้ยประกันชีวิต	
	ไม่ใช่/ไม่ เคย	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่ เคย	ใช่/เคย
17) ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือถูกตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่า เจ็บป่วยตามรายการต่อไปนี้หรือไม่				
- สายตาพิการ, โรคจอประสาทตา, ต้อหิน, พิการทางร่างกาย, ดาวนซ์ซินโดรม, โรคจิต, โรคประสาท, โรคซึมเศร้า	☐	☐	☐	☐
- โรคปอดหรือปอดอักเสบ, วัณโรค, หอบหืด, ปอดอุดกั้นเรื้อรัง, ภาวะถุงลมโป่งพอง, ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ	☐	☐	☐	☐
- โรคหลอดเลือดในสมอง, อัมพฤกษ์/อัมพาต, ความดันโลหิตสูง, โรคหัวใจ, เส้นเลือดหัวใจตีบ, โรคหลอดเลือด	☐	☐	☐	☐
- โรคเบาหวาน, โรคไทรอยด์, โรคต่อมไทรอยด์, โรคเลือด, โรคเมะเร็ง, เนื้องอก, ก้อนหรือถุงน้ำ	☐	☐	☐	☐
- โรคเอดส์/ภูมิคุ้มกันบกพร่อง, กามโรค (ภายใน 2 ปี)	☐	☐	☐	☐
- โรคเอสแอลอี, โรคหนังแข็ง, โรคพาร์กินสัน, โรคข้ออักเสบ, โรคชัก, โรคเกาต์	☐	☐	☐	☐
- โรคแผลในทางเดินอาหาร, โรคตับหรือทางเดินน้ำดี, พิษสุราเรื้อรัง	☐	☐	☐	☐
- โรคติชาน, บำบัด, โรคตับอ่อนอักเสบ, โรคไต	☐	☐	☐	☐
18) ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการดังต่อไปนี้ หรือไม่				
- การมองเห็นผิดปกติ, กล้ามเนื้ออ่อนแรง, การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ, สูญเสียประสาทรับรู้	☐	☐	☐	☐
- มีพัฒนาการช้า, ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง	☐	☐	☐	☐
- ไอบีเรื้อรัง, ไอบีเลือด, เหนื่อยง่ายผิดปกติ, เจ็บหรือแน่นหน้าอก, ใจสั่น	☐	☐	☐	☐
- ปวดท้องเรื้อรัง, อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด, ท้องมาน, ท้องเสียเรื้อรัง, มีเลือดปนในปัสสาวะ	☐	☐	☐	☐

- ปวดข้อเรื้อรัง, จำเลือด, คลำพบก้อนเนื้อ	☐	☐	☐	☐			
- เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง	☐	☐	☐	☐			
- ในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา มีอาการอ่อนเพลีย, น้ำหนักลด, ท้องเดินเรื้อรัง, ไข้เรื้อรัง, โรคผิวหนังเรื้อรัง	☐	☐	☐	☐			
คำถามเฉพาะผู้เอาประกันภัยชีวิต หรือผู้ชำระเบี้ยประกันชีวิตที่เป็นสตรี	ไม่ใช่/ไม่เคย	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย	ใช่/เคย			
- กำลังตั้งครรภ์	☐	 เดือน	☐	 เดือน			
- มีโรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์และคลอดบุตร	☐	☐	☐	☐			
- มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด	☐	☐	☐	☐			
19) ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าเป็นโรคต่อไปนี้หรือไม่	ไม่ใช่/ไม่เคย	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย	ใช่/เคย			
ติดเชื้อในหูชั้นกลาง, ต่อมทอลซิลอักเสบเรื้อรัง, ไซนัสอักเสบ, ภูมิแพ้, ปวดศีรษะไมเกรน, หลอดลมอักเสบเรื้อรัง, กรดไหลย้อน, นิ้ว, งูน้ำตักอักเสบ, ไข้เลือด, ริดสีดวงทวาร, ฝี, คัดต้อ, เยื่อเมือกอักเสบเรื้อรัง, กระดูกสันหลังเคลื่อน, หมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท, ข้อเสื่อม, เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง, เส้นประสาทอักเสบหรือถูกเบียดทับ, ออกัสติค, สมาริสัน หรือไม่	☐	☐	☐	☐			
กรณีตอบใช่/เคย ในคำถามข้อ 17 - 19 โปรดระบุข้อมูลเพิ่มเติมในตารางด้านล่าง							
โรค/อาการ		สถานพยาบาล					
การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอมของผู้เอาประกันภัย							
1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำแถลงสุขภาพนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย 2. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้ 3. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย 4. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อพิจารณาการรับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย 5. ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลก่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน [https://www.generali.co.th/privacy-information] รวมถึงรับทราบ ว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th 6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย (1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี) (2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ							

(3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว [<https://www.generalico.th/privacy-information>] ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th

(4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริม

การประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่ เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

วันที่ :/...../.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้เอาประกันภัย / ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เอาประกันภัย

(กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

POS Combine 003/2567

กรณารอกข้อมูลในเอกสารฉบับนี้ และส่งกลับมายังบริษัทฯ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนที่เซ็นรับรองด้วยลายมือ (ไม่รับการพิมพ์ข้อความรับรองบนสำเนา) ผ่าน 3 ช่องทาง ดังนี้

1. อีเมล : info@generalico.th
2. ไลน์ : @GeneraliThailand
3. ไปรษณีย์ : บริษัท เจเนอราลี ประกันชีวิต (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน) (แผนกบริการผู้ถือกรมธรรม์)
เลขที่ 1 อาคารพาร์ค สยาม ชั้น 21 และ ชั้น 20 ยูนิค 2002 ถนนคอนแวนต์ แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

บริษัท เจเนอราลี ประกันภัย (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน) (แผนกบริการผู้ถือกรมธรรม์)
เลขที่ 1 อาคารพาร์ค สยาม ชั้น 20 ยูนิค 2001 ถนนคอนแวนต์ แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

หากท่านมีข้อสงสัยเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1394 ภายในวันและเวลาทำการ วันจันทร์ – วันเสาร์ 08.30-20.00 น. (ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์)
LINE: @GeneraliThailand หรือ Email: info@generalico.th.