



บริษัท เจเนอราลี่ ประกันชีวิต (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)

เลขที่ 1 อาคารพาร์ค สยาม ชั้น 21 และชั้น 20 ยูนิต 2002

ถนนคอนแวนต์ แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500

ทะเบียนเลขที่ : 0107555000589 สำนักงานใหญ่ โทร : 02-685-3828

ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ Customer FIRST : 1394

## คำร้องขอเปลี่ยนแปลงแก้ไขความคุ้มครอง สำหรับประกันชีวิต

วันที่ : ...../...../.....

ชื่อ – สกุลผู้เอาประกันชีวิต .....

กรมธรรม์ประกันชีวิตเลขที่ .....เลขประจำตัวประชาชน -

กรุณากรอกข้อมูลเบื้องต้นและอีเมลปัจจุบัน เพื่อให้บริษัทฯ สามารถให้บริการช่วยเหลือ และติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับกรมธรรม์ของท่าน เช่น การแจ้งเดือนชำระเบี้ยประกัน หรือ การนำเสนอสิทธิประโยชน์ตามกรมธรรม์ หากข้อมูลการติดต่อในคำร้องนี้ต่างจากที่เคยแจ้งไว้ บริษัทฯ ขอปรับปรุงข้อมูลในทุกกรมธรรม์ที่ท่านมีอยู่กับบริษัทฯ ให้เป็นปัจจุบัน

โทรศัพท์มือถือ  อีเมล.....

ขอลดจำนวนเงินเอาประกันภัย จากเดิมเป็น ..... บาท

- |                                                                                            |                                                                               |                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด <input type="checkbox"/> ยกเลิก | สัญญาเพิ่มเติมอุบัติเหตุ (ADB) / ขาดกรรม จลาจล (RCC ADB)                      | จากเดิมเป็น ..... บาท |
| <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด <input type="checkbox"/> ยกเลิก | สัญญาเพิ่มเติมอุบัติเหตุ (ADD) / ขาดกรรม จลาจล (RCC ADD)                      | จากเดิมเป็น ..... บาท |
| <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด <input type="checkbox"/> ยกเลิก | สัญญาเพิ่มเติมอุบัติเหตุ (AI) / ขาดกรรม จลาจล (RCC AI)                        | จากเดิมเป็น ..... บาท |
| <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด <input type="checkbox"/> ยกเลิก | สัญญาเพิ่มเติมค่ารักษาพยาบาลรายวัน (HB)                                       | จากเดิมเป็น ..... บาท |
| <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด <input type="checkbox"/> ยกเลิก | ประกันสุขภาพค่ารักษาพยาบาลและภัยกรรมเอ็กซ์ตรา พลัส (HS Extra Plus)จากเดิมเป็น | ..... บาท             |
| <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด <input type="checkbox"/> ยกเลิก | ประกันสุขภาพ เหนียวใจ เอ็กซ์ตรา เฮลท์แคร์ (Gen Extra Health Care)             | จากเดิมเป็น ..... บาท |
| <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด <input type="checkbox"/> ยกเลิก | สัญญาเพิ่มเติมค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (OPD)                                  | จากเดิมเป็น ..... บาท |
| <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด <input type="checkbox"/> ยกเลิก | สัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยโรคร้ายแรง (DD)                                     | จากเดิมเป็น ..... บาท |
| <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด <input type="checkbox"/> ยกเลิก | สัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (PB)                              | จากเดิมเป็น ..... บาท |
| <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด <input type="checkbox"/> ยกเลิก | อื่นๆ ระบุ.....                                                               | จากเดิมเป็น ..... บาท |
| <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด <input type="checkbox"/> ยกเลิก | อื่นๆ ระบุ.....                                                               | จากเดิมเป็น ..... บาท |
| <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด <input type="checkbox"/> ยกเลิก | อื่นๆ ระบุ.....                                                               | จากเดิมเป็น ..... บาท |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ .....                                                       |                                                                               |                       |

หมายเหตุ กรุณาส่งใบคำร้องนี้พร้อมแนบคำแถลงสุขภาพของผู้เอาประกันชีวิตที่มีการลงนามครบถ้วน

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันชีวิต      ลงชื่อ.....  
(.....)      (.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครอง ของผู้เอาประกันภัย  
(กรณีผู้เอาประกันชีวิตยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทฯ จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทฯ ที่ปรากฏในหน้าเว็บไซต์ <https://www.generalico.th/privacy-information>

POS OL 002/2567

กรุณากรอกข้อมูลในเอกสารฉบับนี้ และส่งกลับมายังบริษัทฯ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนที่เซ็นรับรองด้วยลายมือ (ไม่รับการพิมพ์ข้อความรับรองบนสำเนา) ผ่าน 3 ช่องทาง ดังนี้

1. อีเมล : [info@generalico.th](mailto:info@generalico.th)
2. ไลน์ : @GeneraliThailand
3. ไปรษณีย์ : บริษัท เจเนอราลี่ ประกันชีวิต (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน) (แผนกบริการผู้ถือกรมธรรม์)  
เลขที่ 1 อาคารพาร์ค สยาม ชั้น 21 และ ชั้น 20 ยูนิต 2002 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](mailto:info@generalico.th)

ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์

☎ 1394



Generali Thailand



@GeneraliThailand



แอปพลิเคชัน GEN 365

[www.generalico.th](http://www.generalico.th)