



บริษัท เจเนอราลี ประกันชีวิต (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)

ชั้น 16 ยูนิต 1603-1605 อาคารซีอาร์ซี ทาวเวอร์ ออลซีซั่นส์ เฟส 87/2 ถ.วิทย์ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร.0-2685-3828 โทรสาร.0-2685-3622

ใบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนค่ารักษาพยาบาลและอุบัติเหตุประกันชีวิตกลุ่ม

สำหรับผู้เอาประกันภัย/ผู้เรียกร้องกรอก

1. ชื่อ/สกุลผู้เอาประกันภัย.....อายุ.....ปี
ชื่อบริษัทผู้ถือกรมธรรม์.....
กรมธรรม์ประกันชีวิตกลุ่มเลขที่.....แผน.....หมายเลขสมาชิก.....
กรณีที่ท่านต้องการให้บริษัทจ่ายสินไหมค่ารักษาพยาบาลผ่านบัญชีธนาคาร กรุณาระบุ ชื่อธนาคาร.....
ชื่อเจ้าของบัญชี.....เลขที่บัญชี.....

2. กรณีที่การรักษามีสาเหตุจากความเจ็บป่วย

2.1 อาการเจ็บป่วย.....
2.2 อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด.....
2.3 ชื่อสถานพยาบาลที่เคยไปรับการรักษา.....และไปรับการรักษาครั้งสุดท้ายเมื่อใด.....

3. กรณีที่การรักษามีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุ / การถูกทำร้ายร่างกาย

3.1 วันที่เกิดเหตุ.....เวลา.....น. สถานที่เกิดเหตุ.....
3.2 เหตุเกิดขึ้นอย่างไร บรรยายลักษณะการเกิดอุบัติเหตุ และสาเหตุที่เกิดอุบัติเหตุโดยละเอียด.....
.....
.....
3.3 ตำแหน่งของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บ และลักษณะบาดแผล.....
.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริงและข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์การ
สถาบัน หรือบุคคลอื่นใด ที่มีบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยหรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่บริษัท เจเนอราลี
ประกันชีวิต (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทฯอนึ่งสำเนาหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับและสมบูรณ์ได้
เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้ทำการแทน
(.....) ตัวบรรจง
ความสัมพันธ์.....

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย
(.....) ตัวบรรจง
วันที่.....