

บริษัท เจนเนอรัลลี่ ประกันชีวิต (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)

87/2 อาคารซีอาร์ซี ทาวเวอร์ ออลซีชั้น 16 ถนนสุขุมวิท ซอย 16 ถนนสุขุมวิท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทร.0-2685-3828 โทรสาร 0-2685-3620

กรมธรรม์เลขที่.....
(Policy No.)ใบรับรองเลขที่.....
(Certificate no.)รหัสพนักงาน.....
(Employee no.)

ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ (ชื่อองค์กร/บริษัท)

ชื่อ - สกุล ผู้สมัครเอาประกันภัย (นาย / นาง / นางสาว)

เลขที่บัตรประชาชน

ที่อยู่ปัจจุบัน

เบอร์โทรศัพท์..... เบอร์โทรฉุกเฉิน.....
(Contact No.) (Emergency call)เกิดวันที่ / เดือน / พ.ศ. อายุ..... ปี วันเริ่มทำงาน..... ตำแหน่ง.....
(Date of Birth) (Age) (Date of employment) (Position)

- ชื่อ - สกุล ผู้รับประโยชน์..... ความสัมพันธ์..... มีส่วนในผลประโยชน์.....%
- ชื่อ - สกุล ผู้รับประโยชน์..... ความสัมพันธ์..... มีส่วนในผลประโยชน์.....%
- ชื่อ - สกุล ผู้รับประโยชน์..... ความสัมพันธ์..... มีส่วนในผลประโยชน์.....%

(Beneficiary) (Relationship)
(กรุณาระบุผู้รับประโยชน์ที่มีความสัมพันธ์เป็น บิดา มารดา สามี บุตร ภรรยา)วันที่.....
(Date)ลงชื่อ..... ผู้ขอเอาประกันภัย
(Signature)

บริษัท เจนเนอรัลลี่ ประกันชีวิต (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)

87/2 อาคารซีอาร์ซี ทาวเวอร์ ออลซีชั้น 16 ถนนสุขุมวิท ซอย 16 ถนนสุขุมวิท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทร.0-2685-3828 โทรสาร 0-2685-3620

กรมธรรม์เลขที่.....
(Policy No.)ใบรับรองเลขที่.....
(Certificate no.)รหัสพนักงาน.....
(Employee no.)

ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ (ชื่อองค์กร/บริษัท)

ชื่อ - สกุล ผู้สมัครเอาประกันภัย (นาย / นาง / นางสาว)

เลขที่บัตรประชาชน

ที่อยู่ปัจจุบัน

เบอร์โทรศัพท์..... เบอร์โทรฉุกเฉิน.....
(Contact No.) (Emergency call)เกิดวันที่ / เดือน / พ.ศ. อายุ..... ปี วันเริ่มทำงาน..... ตำแหน่ง.....
(Date of Birth) (Age) (Date of employment) (Position)

- ชื่อ - สกุล ผู้รับประโยชน์..... ความสัมพันธ์..... มีส่วนในผลประโยชน์.....%
- ชื่อ - สกุล ผู้รับประโยชน์..... ความสัมพันธ์..... มีส่วนในผลประโยชน์.....%
- ชื่อ - สกุล ผู้รับประโยชน์..... ความสัมพันธ์..... มีส่วนในผลประโยชน์.....%

(Beneficiary) (Relationship)
(กรุณาระบุผู้รับประโยชน์ที่มีความสัมพันธ์เป็น บิดา มารดา สามี บุตร ภรรยา)วันที่.....
(Date)ลงชื่อ..... ผู้ขอเอาประกันภัย
(Signature)