



คู่มือการอบรมผลิตภัณฑ์และกระบวนการ  
ผลิตภัณฑ์ประกันคุ้มครองวงเงินสินเชื่อบ้าน  
KKPGEN Home Loan Care

# ประกันคุ้มครองวงเงินสินเชื่อ

## แบ่งเป็น

- ประกันชีวิตคุ้มครองวงเงินสินเชื่อบ้าน

KKPGEN Home Loan Care  
ประกันชีวิตคุ้มครองวงเงินสินเชื่อบ้าน

- ประกันอุบัติเหตุ

KKPGEN PA Long Term  
ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มเงินออราลี คุ้มครองสินเชื่อระยะยาว

# ทำไมต้องทำ

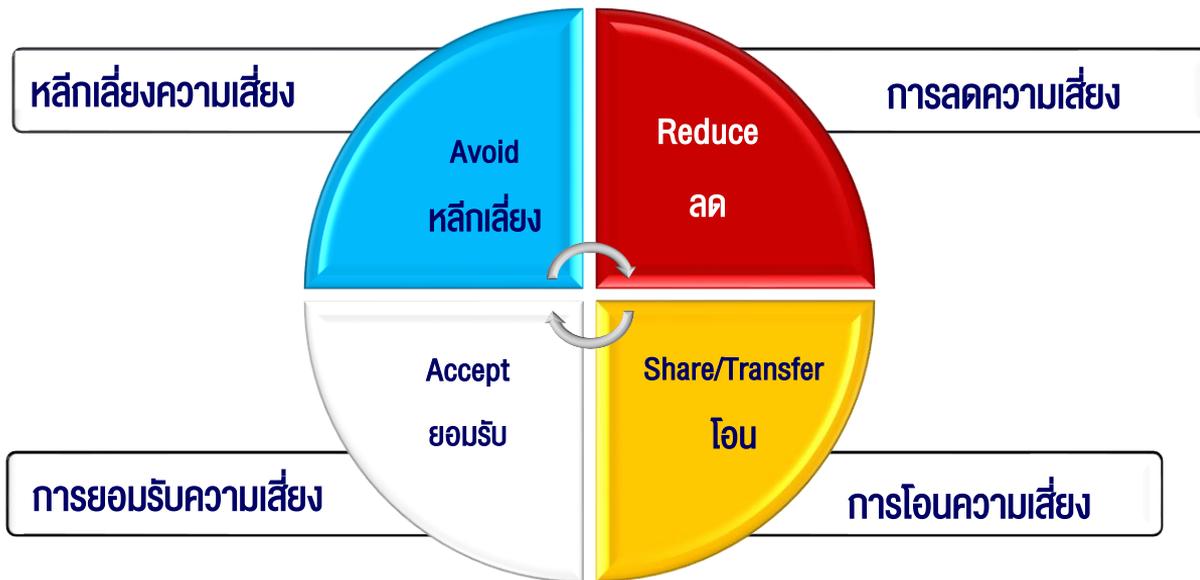
---

# ประกัน

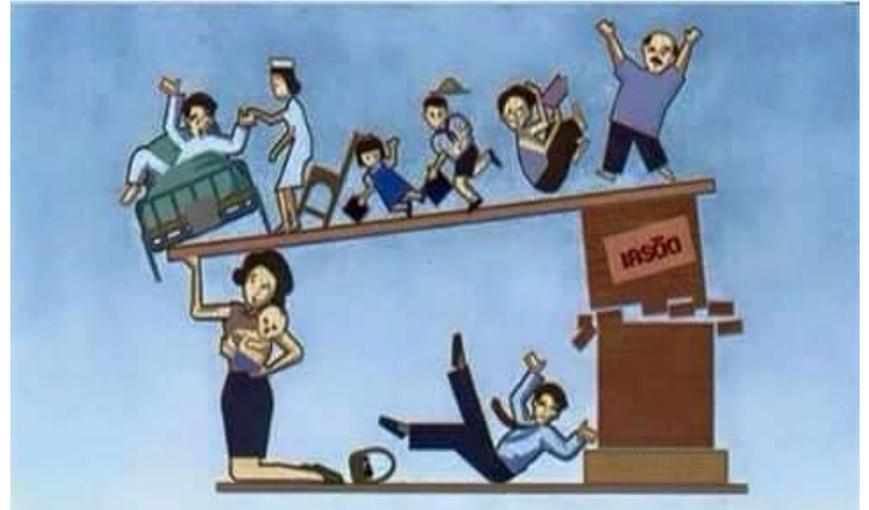
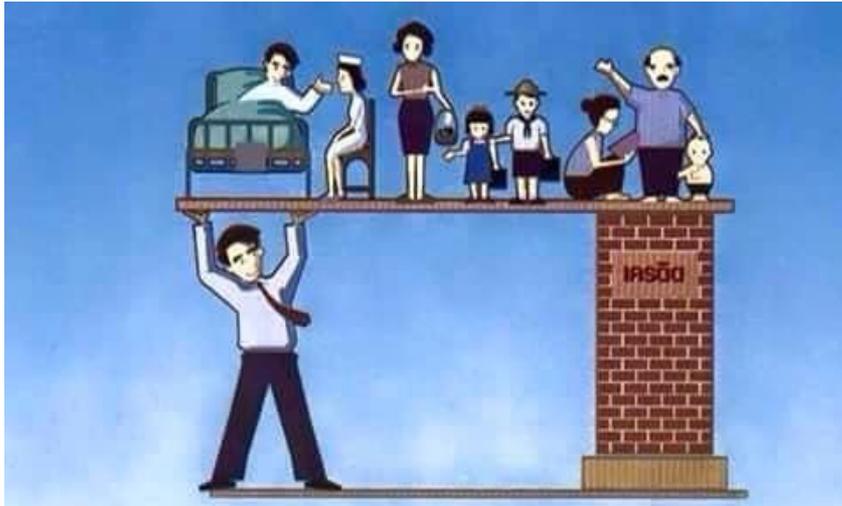
# ไม่มีใครรับรองได้ว่า จะไม่เกิดเหตุการณ์ไม่คาดฝัน ระหว่างทางกับผู้ขงวงเงินสินเชื่อ



# การบริหารความเสี่ยง



# ถ้าเราไม่โอนความเสี่ยงล่ะจะเกิดอะไรขึ้นกับเรา



# หลักประกันที่มั่นคง กับ Generali



# ฝนไม่ตก ทำไมต้องพก “ ร่ม ”



**ร่ม** จะไม่มีค่าใดๆเลย หากวันนั้นฝนไม่ตก แต่มันจะมีค่ามหาศาล หากวันนั้น ฝนตก หรือ แดดแรง เราไม่รู้ว่าเราจะต้องใช้ “ ร่ม ” วันไหน

**ประกัน** ก็เช่นกันถ้าเราไม่มีความเสี่ยงก็ไม่ต้องซื้อประกันแต่เราจะมั่นใจได้แค่ไหนว่าเราจะไม่เจ็บป่วยไม่จากไป และ ทิ้งภาระไว้ให้กับคนข้างหลัง

เงื่อนไข / ผลประโยชน์	Home Loan Care Plan 1	Home Loan Care Plan 2	Home Loan Care Plan 3	Home Loan Care Plan 4	PA Long Term (เพิ่มเติม)
อายุที่รับประกันภัย	อายุ 20-65 ปี และเมื่อรวมระยะเวลาเอาประกันภัยแล้วต้องไม่เกินอายุ 70 ปี				อายุ 16 ปีขึ้นไป และเมื่อรวมกับระยะเวลาเอาประกันภัยแล้วต้องไม่เกินอายุ 70 ปี
ความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัยลดลงตามตารางทุนลด	จำนวนเงินเอาประกันภัยลดลงตามตารางทุนลด	จำนวนเงินเอาประกันภัยลดลงตามตารางทุนลด	จำนวนเงินเอาประกันภัยลดลงตามตารางทุนลด	จำนวนเงินเอาประกันภัยที่ (มีแผนความคุ้มครอง 2-7 ล้าน)
ผลประโยชน์					
1. เสียชีวิต (ทุกกรณี)	✓	✓	✓	✓	X
2. กุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (TPD)	✓	X	X	✓	X
3. เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ (ADD)	✓ (จำนวน100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัยเริ่มต้น )	✓ (จำนวน100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัยเริ่มต้น )	X	X	✓ คุ้มครองการเสียชีวิตที่เกิดจาก 1. อุบัติเหตุทั่วไป / 2. การถูกฆาตกรรม ลอบทำร้าย 3. การจับขัง หรือ โดยสาร รถจักรยานยนต์
4. ค่าปลงศพ	X	X	X	X	✓ (มีระยะเวลารอคอย 180 วัน)
ใบอนุญาต	ใบอนุญาตนายหน้าประกันชีวิต ต้องมีผลบังคับใช้ ณ วันที่อนุมัติกรมธรรม์				ใบอนุญาตนายหน้าประกันวินาศภัย ต้องมีผลบังคับใช้ ณ วันที่อนุมัติกรมธรรม์
การคำนวณอายุ	ปีพ.ศ.ของวันที่กรอกใบสมัคร ตั้ง ลบด้วยปี พ.ศ.เกิดของผู้เอาประกันภัย				วัน/เดือน/ปี ณ วันเริ่มความคุ้มครอง -วัน/เดือน/ปีเกิดของผู้เอาประกัน

# KKPGEN Home Loan Care

## ประกันชีวิตคุ้มครองวงเงินสินเชื่อบ้าน

## แผนความคุ้มครอง : ประกันชีวิตคุ้มครองวงเงินสินเชื่อบ้าน KKPGEN Home Loan Care

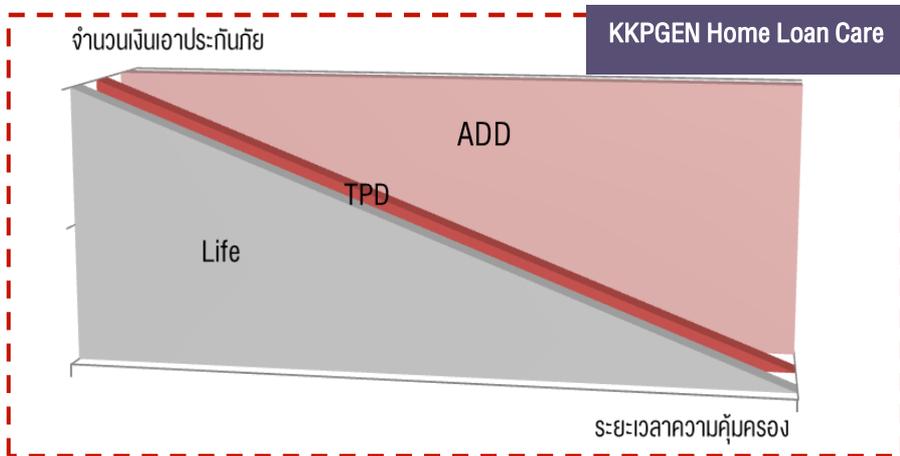
คือ ผลิตภัณฑ์ประกันสินเชื่อบ้านโดยมีความคุ้มครองดังนี้

1. ความคุ้มครองเสียชีวิตทุกกรณี (เจ็บป่วยและอุบัติเหตุ)
2. ความคุ้มครองทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงทุกกรณี (เจ็บป่วยและอุบัติเหตุ)
3. ความคุ้มครองเมื่อเสียชีวิตสูญเสียชีวิต และทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร เนื่องจากอุบัติเหตุ



# แผนความคุ้มครอง : ประกันชีวิตคุ้มครองวงเงินสินเชื่อบ้าน KKPGEN Home Loan Care

รายละเอียด	Plan 1
1. คุ้มครองการเสียชีวิตทุกกรณี (LIFE) เจ็บป่วยและอุบัติเหตุ (จำนวนเงินเอาประกันภัยลดลงตามตารางทุนลด)	✓
2. คุ้มครองทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงทุกกรณี (TPD) เจ็บป่วยและอุบัติเหตุ (จำนวนเงินเอาประกันภัยลดลงตามตารางทุนลด)	✓
3. คุ้มครองเมื่อเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ และทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร เนื่องจากอุบัติเหตุ (ADD) (จำนวน100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัยเริ่มต้น )	✓



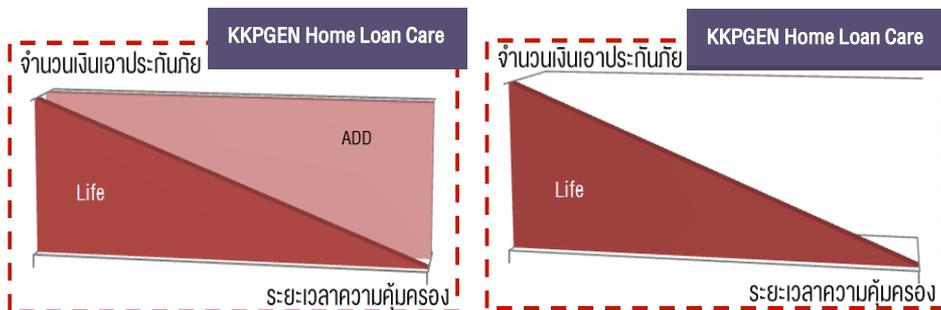
## คุณสมบัติของผู้ขอเอาประกันภัย

- เป็นผู้ขอสินเชื่อของธนาคารเกียรตินาคินภัทร จำกัด (มหาชน) โดยสินเชื่อได้รับการอนุมัติและผู้ขอสินเชื่อได้ใช้สิทธิในสินเชื่อนั้นแล้ว
- ระยะเวลาเอาประกันภัย **1-15 ปี / 20 ปี / 25 ปี / 30 ปี**
- อายุในการรับประกันภัย : อายุระหว่าง 20-65 ปี  
และเมื่อรวมระยะเวลาเอาประกันภัยแล้วไม่เกินอายุ 70 ปี

# แผนความคุ้มครอง : ประกันชีวิตคุ้มครองวงเงินสินเชื่อบ้าน KKPGEN Home Loan Care

รายละเอียด	Plan 2 *	Plan 3 *
1. คุ้มครองการเสียชีวิตทุกกรณี (LIFE) เจ็บป่วยและอุบัติเหตุ (จำนวนเงินเอาประกันภัยลดลงตามตารางทุนลด)	✓	✓
2. คุ้มครองทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงทุกกรณี (TPD) เจ็บป่วยและอุบัติเหตุ (จำนวนเงินเอาประกันภัยลดลงตามตารางทุนลด)	-	-
3. คุ้มครองเมื่อเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ และทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร เนื่องจากอุบัติเหตุ (ADD) (จำนวน100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัยเริ่มต้น )	✓	-

หมายเหตุ : \* สำหรับ Plan 2 และ Plan 3 จะต้องเข้าเงื่อนไขตามที่บริษัทกำหนด

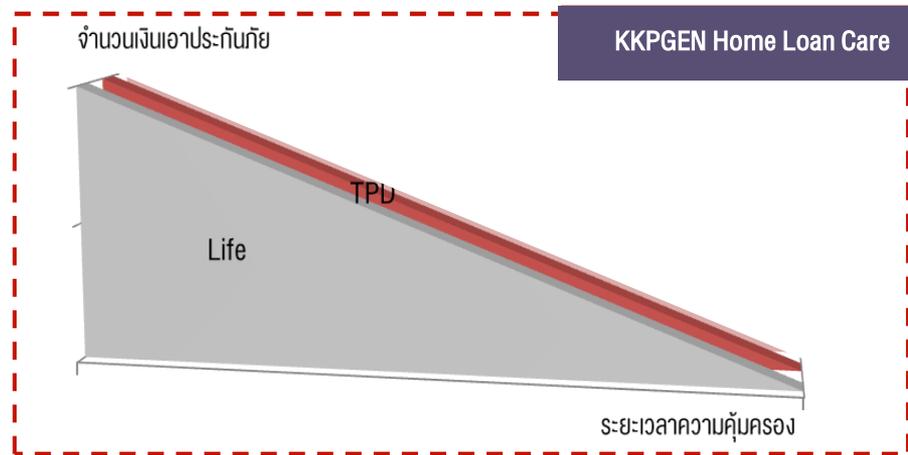


## คุณสมบัติของผู้ขอเอาประกันภัย

- เป็นผู้ขอสินเชื่อของธนาคารเกียรตินาคินภัทร จำกัด (มหาชน) โดยสินเชื่อได้รับการอนุมัติและผู้ขอสินเชื่อได้ใช้สิทธิในสินเชื่อแล้ว
- ระยะเวลาเอาประกันภัย **1-15 ปี / 20 ปี / 25 ปี / 30 ปี**
- อายุในการรับประกันภัย : อายุระหว่าง 20-65 ปี และเมื่อรวมระยะเวลาเอาประกันภัยแล้วไม่เกินอายุ 70 ปี

# แผนความคุ้มครอง : ประกันชีวิตคุ้มครองวงเงินสินเชื่อบ้าน KKPGEN Home Loan Care

รายละเอียด	Plan 4 *
1. คุ้มครองการเสียชีวิตทุกกรณี (LIFE) เจ็บป่วยและอุบัติเหตุ (จำนวนเงินเอาประกันภัยลดลงตามตารางทุนลด)	✓
2. คุ้มครองทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงทุกกรณี (TPD) เจ็บป่วยและอุบัติเหตุ (จำนวนเงินเอาประกันภัยลดลงตามตารางทุนลด)	✓
3. คุ้มครองเมื่อเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ และทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร เนื่องจากอุบัติเหตุ (ADD) (จำนวน100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัยเริ่มต้น )	-



หมายเหตุ : \*Plan 4 จะต้องเข้าเงื่อนไขตามที่บริษัทกำหนด

คุณสมบัติของผู้ขอเอาประกันภัย

- เป็นผู้ขอสินเชื่อของธนาคารเกียรตินาคินภัทร จำกัด (มหาชน) โดยสินเชื่อได้รับการอนุมัติและผู้ขอสินเชื่อได้ใช้สิทธิในสินเชื่อนั้นแล้ว
- ระยะเวลาเอาประกันภัย **1-15 ปี / 20 ปี / 25 ปี / 30 ปี**
- อายุในการรับประกันภัย : อายุระหว่าง 20-65 ปี และเมื่อรวมระยะเวลาเอาประกันภัยแล้วไม่เกินอายุ 70 ปี

# วิธีการคำนวณอายุ

อายุของผู้ขอเอาประกันภัย ให้ใช้หลักนับอายุตามปีปฏิทิน หลักการคำนวณอายุอาจกำหนดเป็นอย่างอื่นขึ้นอยู่กับข้อกำหนดของผลิตภัณฑ์และ/หรือช่องทางนั้นๆ โดยได้รับความเห็นชอบจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การคำนวณตามหลักนับอายุตามปีปฏิทิน จำนวนโดย ปีที่กรอกใบคำขอเอาประกันภัยลบปีเกิด ดังนี้

**นำปี พ.ศ. ของวันที่กรอกใบสมัคร** ตั้ง ลบด้วย **ปี พ.ศ. เกิดของผู้ขอเอาประกันภัย**

## ตัวอย่างการคำนวณอายุ

ผู้ขอเอาประกันภัยเกิดวันที่ 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ 2510 และกรอกใบสมัครวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ 2557

ปี พ.ศ ของวันที่สมัครทำประกัน            **2557**                    ลบด้วย

ปี พ.ศ เกิดของผู้เอาประกันภัย            **2510**

อายุขณะขอเอาประกันภัย                    **47**

- อายุที่รับประกันภัยจริงจะถูกคำนวณเพื่อยืนยันเบี้ยประกันภัยอีกครั้งจากปีที่ใบคำขอเอาประกันชีวิตมีผลความคุ้มครอง(EFFECTIVE)หลังได้รับการอนุมัติรับประกันภัย
- กรณีที่อายุเพิ่มขึ้นจากวันที่ในใบคำขอเอาประกันชีวิต บริษัทจะเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยให้ครบถ้วนก่อนการอนุมัติรับประกันภัย(ถ้ามี)

# เอกสารที่ต้องนำส่งในการขอเอาประกันชีวิต

- เอกสารพื้นฐาน

1. ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มคุ้มครองสินเชื่อ
2. สำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัย
3. กรณีแบบประกันมีจำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่ให้ผู้ขอเอาประกันภัยลงนามรับทราบใน “ข้อมูลสำคัญก่อนตัดสินใจทุกกรมธรรม์ประกันภัยแบบคุ้มครองสินเชื่อประเภทกลุ่ม กรณีจำนวนเงินเอาประกันภัยไม่สอดคล้องกับหนี้สินคงค้าง”(UW 001)
4. เอกสารประกอบการเสนอขาย (Sale Illustration – SIS) ของสัญญาหลักและสัญญาเพิ่มเติม (ถ้ามี) ที่สมัครขอเอาประกันพร้อมผู้ขายลงนามกำกับเพื่อยืนยันการนำเสนอขายและการตรวจสอบการยืนยันตัวตน (CDD) ของลูกค้า  
ทั้งนี้ การยืนยันการทำ CDD ของลูกค้าโดยผู้ขายสามารถลงนามยืนยันในสำเนาบัตรประชาชนที่มีการระบุว่ามี การจัดทำ CDD เรียบร้อยแล้ว

- เอกสารเพิ่มเติมพิเศษเกี่ยวกับ FATCA

1. กรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็น (US Citizen) ให้แนบบแบบฟอร์ม W-9
2. กรณีผู้ขอเอาประกันภัยมีข้อบ่งชี้ความเป็นชาวอเมริกัน(US indicia)แต่ไม่ใช่ (US Citizen) ให้แนบบแบบฟอร์ม W-8BEN

บริษัทขอสงวนสิทธิ์ในการเรียกขอเอกสารอื่นเพิ่มเติมเป็นรายๆไปเพื่อการพิจารณารับประกันหรือเพื่อการปฏิบัติตามข้อบังคับของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

# ตัวอย่างใบคำขอลอเอาประกันภัยและวิธีการกรอก

## การกรอกใบคำขอเอาประกันชีวิต

- ใช้ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มคุ้มครองสินเชื่อ ที่มีคำถามสุขภาพ **โดยต้องกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกข้อ ชัดเจน และกรอกตามความเป็นจริงทุกประการ** เนื่องจากว่าหลักการประกันชีวิตนั้น **จะยึดถือตามหลักของความซื่อสัตย์สุจริต** บริษัทอาจปฏิเสธการจ่ายสินไหมทดแทน หากพบว่ามีการแถลงข้อมูลอันเป็นเท็จหรือปกปิดข้อความจริงอันเป็นผลต่อการพิจารณารับประกันภัย
- การแก้ไขเปลี่ยนแปลงคำตอบใดๆ ให้ใช้วิธีขีดฆ่าคำที่ไม่ต้องการออกแล้วเขียนคำ หรือข้อความที่ต้องการลงไปใหม่ และให้ผู้ขอเอาประกันภัยลงนามกำกับบริเวณที่มีการขีดฆ่านั้นด้วยทุกจุด
- กรณีตอบ **“เคย”** ในข้อใดข้อหนึ่ง ต้องระบุรายละเอียดตามคำถามย่อในวงเล็บให้ครบถ้วน
- การระบุอัตราส่วนร้อยละของผลประโยชน์ของผู้รับประโยชน์รองของกรมธรรม์ ผลรวมของร้อยละต้องเท่ากับ 100 เสมอ
- ให้ผู้ขอเอาประกันภัยลงลายมือชื่อโดยอาจเป็นลายเซ็นหรือลายมือเขียน ซึ่งลายมือชื่อที่ให้ไว้ในใบคำขอเอาประกันภัย จำนวน 2 จุด ได้แก่ ใบคำขอเอาประกันภัย และเอกสารความยินยอมให้ใช้ข้อมูลอ่อนไหว (PDPA) จะต้องเป็นลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน และต้องตรงกันกับที่ให้ไว้ในเอกสารประกอบการพิจารณาอื่นๆ เช่น สำเนาบัตรประชาชน เป็นต้น
- กรณีผู้ขอเอาประกันภัยไม่สามารถลงลายมือชื่อโดยการเซ็นชื่อหรือการเขียนได้ บริษัทอนุโลมให้ใช้การประทับลายนิ้วแทน โดยต้องระบุว่าเป็นนิ้วใด ข้างใด ของใคร และต้องมีพยานจำนวน 2 ท่าน ลงนามรับรองลายนิ้วมือของผู้ขอเอาประกันนั้น
- ผู้ขอเอาประกันภัยที่เป็นผู้เยาว์อายุตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป จะต้องลงลายมือชื่อด้วยตนเองในช่องผู้เยาว์ ในใบคำขอเอาประกันชีวิต และเอกสารความยินยอมให้ใช้ข้อมูลอ่อนไหว (PDPA)
- กรณีผู้ขอเอาประกันภัยที่ยังไม่ครบ 20 ปีบริบูรณ์ และยังไม่บรรลุนิติภาวะ ต้องให้ผู้ปกครอง หรือผู้แทนโดยชอบธรรมตามกฎหมายลงลายมือชื่อกำกับในใบคำขอเอาประกันภัยทุกราย
- **กรณีผู้ขอเอาประกันภัยได้ลงลายมือชื่อทางอิเล็กทรอนิกส์ในระบบที่บริษัทให้การรับรอง ต้องเป็นไปตามเงื่อนไขการกำหนดให้ลงนามเช่นเดียวกันกับที่ระบุไว้ข้างต้น**



1.10 รายละเอียดเกี่ยวกับผู้รับประโยชน์

ผู้รับผลประโยชน์หลัก คือ ผู้ถือกรรมรวมประกันภัย ได้ผลประโยชน์ตามการเหนี่ยวนำของผู้เอาประกันภัยกับผู้ถือกรรมรวมประกันภัย ถ้าผลประโยชน์จากชำระให้กับผู้ถือกรรมรวมประกันภัย ให้จ่ายแก่ผู้รับผลประโยชน์ ถ้ามีได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับผลประโยชน์ไว้ในใบแจ้งผลประโยชน์ต่าง ๆ กัน



ลำดับที่	ชื่อ	นามสกุล	เพศ	อายุ	วัน / เดือน / ปีเกิด	สัญชาติ	ประเทศที่อยู่ปัจจุบัน	ความสัมพันธ์	ร้อยละของผลประโยชน์

**ส่วนที่ 1 ลักษณะเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับประโยชน์ (กรณี ไม่ระบุ จะถือว่าผู้รับประโยชน์เป็นอันดับแรกกับผลประโยชน์)**

1.1 ชื่อ-นามสกุล ผู้รับประโยชน์  นาย  นางสาว  นิสิตกุล  อื่นๆ

ชื่อ.....นามสกุล..... เพศ  ชาย  หญิง

วันเดือนปีเกิด / / อายุ.....ปี สัญชาติ.....

อาชีพประจำ.....ตำแหน่ง..... ลักษณะงานที่ทำ.....

ลักษณะธุรกิจ.....รายได้ต่อปี.....บาท

2.2 ที่อยู่

เหมือนที่อยู่ตามบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย  เหมือนที่อยู่ปัจจุบันของผู้เอาประกันภัย  ที่อยู่อื่น โปรดระบุ

เลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน/อาคาร.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....ประเทศ.....

เบอร์มือถือ.....

**ส่วนที่ 2 ลักษณะเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการถือครองของผู้เอาประกันภัย**

3.1 ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษามาก่อนหรือไม่เป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคหลอดเลือดในสมอง โรคมะเร็ง / โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองหรือปอดอักเสบ โรคของไต โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคของหัวใจ โรคของตับ โรคตับหรือพยาธิเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคไต โรคเนื้องอก โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจล้มเหลว โรคหัวใจพิการทางร่างกาย หรือไม่มี

ไม่มี  มี โปรดระบุรายละเอียด (โรค, วัน / เดือน / ปีที่รักษา (ระบุวันที่ได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษามาก่อนหรือหลังคลอดแพทย์), การรักษาระยะยาวหรือปัจจุบัน, สถานพยาบาลที่รักษา)

3.2 ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยบ่นเจ็บ หรือเจ็บปวดจนถึงขั้นรับการรักษานานโรงพยาบาล หรือเคยได้รับการตรวจสุขภาพ หรือการตรวจวินิจฉัยโรค (เช่น ความดันโลหิต การตรวจปัสสาวะ การตรวจเอ็กซเรย์ การตรวจเลือด การตรวจอัลตราซาวด์ (B超) การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจโดยการส่องกล้อง การตรวจแมมโมแกรม การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจสารเคมีหรือมีพิษ การตรวจระบบอื่น) หรือรับการผ่าตัด หรือการแนะนำจากแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์ทางเลือกเพื่อรับการรักษาดู ๆ หรือไม่

ไม่มี  มี โปรดระบุรายละเอียด (ตรวจอะไร, เมื่อไร, สถานที่ตรวจ, ผลการตรวจ, ข้อสังเกตโดยแพทย์, อาการ, วันเดือนปีที่ได้รับรักษา, ชื่อสถานพยาบาล, ผลการรักษา)

**ส่วนที่ 3 การรับรองสถานะสุขภาพผู้ถือครองกรมธรรม์หรือการปฏิบัติกรณความมั่นคงของกรมธรรม์หรือการแจ้งความถึงกรณีการฟ้องคดี**

ท่านถือครองกรมธรรม์หรือการปฏิบัติกรณความมั่นคงของกรมธรรม์หรือการแจ้งความถึงกรณีการฟ้องคดี

การรับรองสถานะ

3.1 ผู้เอาประกันภัยมีสัญชาติ ประเทศเกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่  ไม่มี  มี

ถ้ามี โปรดระบุ  มีสัญชาติอเมริกัน  เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา  มีสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

3.2 ผู้เอาประกันภัย เป็นหรือเคยเป็น ผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรหรือถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่

ไม่มี  มี  เคยเป็นและสิ้นสุดแล้ว

กรณีเป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่.....วันครบอายุ.....

3.3 ผู้เอาประกันภัยมีหนี้สินหรือไม่กับกรมธรรม์หรือสหรัฐอเมริกาหรือไม่  ไม่มี  มี

3.4 ผู้เอาประกันภัยถือครองเป็นนิติบุคคลที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีจากผลประโยชน์หรือการฟ้องคดีหรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 90 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)  ไม่มี  มี

# ใบคำขอเอาประกัน ฉบับใหม่ เริ่ม 1 มิ.ย. 66

## No. รายละเอียดเกี่ยวกับผู้รับประโยชน์

1.10 รายละเอียดเกี่ยวกับผู้รับประโยชน์

ผู้รับผลประโยชน์หลัก คือ ผู้ถือกรรมรวมประกันภัย ได้ผลประโยชน์ตามการเหนี่ยวนำของผู้เอาประกันภัยกับผู้ถือกรรมรวมประกันภัย ถ้าผลประโยชน์จากชำระให้กับผู้ถือกรรมรวมประกันภัย ให้จ่ายแก่ผู้รับผลประโยชน์ ถ้ามีได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับผลประโยชน์ไว้ในใบแจ้งผลประโยชน์ต่าง ๆ กัน



ลำดับที่	ชื่อ	นามสกุล	เพศ	อายุ	วัน / เดือน / ปีเกิด	สัญชาติ	ประเทศที่อยู่ปัจจุบัน	ความสัมพันธ์	ร้อยละของผลประโยชน์

## No. ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

**ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณี ไม่ระบุ จะถือว่าผู้ชำระเบี้ยประกันภัยเป็นคนเดียวกับผู้เอาประกันภัย)**

2.1 ชื่อ-นามสกุล ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย  นาย  นางสาว  นิสิตกุล  อื่นๆ

ชื่อ.....นามสกุล..... เพศ  ชาย  หญิง

วันเดือนปีเกิด / / อายุ.....ปี สัญชาติ.....

อาชีพประจำ.....ตำแหน่ง..... ลักษณะงานที่ทำ.....

ลักษณะธุรกิจ.....รายได้ต่อปี.....บาท

2.2 ที่อยู่

เหมือนที่อยู่ตามบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย  เหมือนที่อยู่ปัจจุบันของผู้เอาประกันภัย  ที่อยู่อื่น โปรดระบุ

เลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน/อาคาร.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....ประเทศ.....

เบอร์มือถือ.....

2 / 4 **ปรับปรุงใหม่ 1 มิถุนายน 2566**





ลงชื่อ \_\_\_\_\_  
 ( \_\_\_\_\_ )  
 ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ  
 ผู้แทนโดยชอบธรรมผู้มีอำนาจปกครอง  
 ของผู้ดูแลประกันภัย  
 (กรณีผู้ดูแลประกันภัยไม่บรรลุนิติภาวะ)

ลงชื่อ \_\_\_\_\_  
 ( \_\_\_\_\_ )  
 ผู้ดูแลประกันภัย

ลงชื่อ \_\_\_\_\_  
 ( \_\_\_\_\_ )  
 ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

**ข้อที่ ๖. ค่าคืน**

- หากท่านใช้สิทธิขอลงเลิกสัญญาประกันภัยโดยฉะฉานกับกรมธรรม์ประกันภัย ผลประโยชน์ที่ท่านได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่ากำหนดคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งจะน้อยกว่า เบี้ยประกันภัยที่ชำระไว้
- ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลข้อนี้เสียก่อน (เพื่อความสะดวกของผู้ดูแลประกันภัย)
- หากท่านประสงค์จะใช้อัตราดอกเบี้ยการประกันภัยคืนเงินต้นคืนแก่ตน ท่านสามารถดำเนินการขอเงินคืนตามสัญญากรมธรรม์ประกันภัยคืนเงินต้นภายในระยะเวลา ๑๖ วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือรับผลการประกันภัยจากบริษัท และบริษัทจะคืนเงินประกันภัยที่เหลือนอกจากค่าหัวของค่าความเสียหายที่จ่าย และค่าใช้จ่ายของ บริษัทไม่เกิน ๕๐๐ บาท การคืนเงินประกันภัยบริษัทจะดำเนินการให้เสร็จสิ้นภายใน ๑๖ วัน นับแต่วันที่ยังมีบริษัทได้รับแจ้งการใช้อัตราดอกเบี้ยการประกันภัยคืนเงินต้น อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ท่านได้ใช้อัตราดอกเบี้ยเงินต้นคืนตามแผนแล้ว ท่านไม่มีสิทธิในการขอการประกันภัยคืนเงินต้น

ข้าพเจ้าได้อ่านและกล่าวนำข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และ ดำเนินงาน ผลัก และ จึงลงลายมือชื่อไว้  
 สืบดังนี้

การลงนาม ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้ให้ความยินยอม

ใบคำขอลาเอาประกัน ฉบับใหม่ เริ่ม 1 มิย. 66

นายหน้าประกันชีวิต ลงนาม  
 ระบุเลข รหัสเลขใบอนุญาต

ลงชื่อ \_\_\_\_\_  
 ( \_\_\_\_\_ )  
 ตัวแทนประกันชีวิตนายหน้าประกันชีวิต

ลงชื่อ \_\_\_\_\_  
 ( \_\_\_\_\_ )  
 ผู้ดูแลประกันภัย

รหัสตัวแทนเลขที่ใบอนุญาตนายหน้าประกันชีวิต  
 ลงชื่อ \_\_\_\_\_  
 ( \_\_\_\_\_ )  
 พยาน

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ  
 ผู้แทนโดยชอบธรรมผู้มีอำนาจปกครอง  
 ของผู้ดูแลประกันภัย  
 (กรณีผู้ดูแลประกันภัยไม่บรรลุนิติภาวะ)

การลงนาม ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้ให้ความยินยอม





บริษัท เจเนอรัล ประกันชีวิต (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)  
 87/2 อาคารเอเชีย 1 ถนนสุขุมวิท ซอยสุขุมวิท 116 ชั้น 15-16 ถนนสุขุมวิท - 10110  
 ถนนวิภาวดี แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10330  
 สำนักงานใหญ่ โทร : 02-685-3828 โทรสาร : 02-685-3829  
 โทรสารแฟกซ์ 01 0765000089



หนังสือให้ความยินยอมเพื่อเปิดเผยประวัติสุขภาพ (UW069)

เขียนที่.....  
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี  
 บิดประจําชื่อประชาชนเลขที่..... ซึ่งเป็นผู้ขอเอาประกันตามทำนองเอาประกันภัย  
 เสียชีวิต ..... บริษัท เจเนอรัล ประกันชีวิต (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)  
 ขอให้ความยินยอมต่อแพทย์ และ/หรือ สถานพยาบาล ที่ได้ให้การรักษาพยาบาลข้าพเจ้า ในการเปิดเผยข้อมูลการตรวจและรักษาพยาบาล รวมทั้งประวัติ  
 การศึกษา และ/หรือ เอกสารข้อมูลอื่นใดที่เกี่ยวข้องกับการตรวจรักษาทั้งหมด ตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษามันส์แรกจนถึงวันสุดท้ายที่รักษา ให้แก่บริษัท เจเน  
 อรัล ประกันชีวิต (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน) และ/หรือ ตัวแทนของบริษัทฯ ดังกล่าว เพื่อใช้ประกอบการพิจารณารับประกันและพิจารณาการจ่ายเงิน  
 ตามสัญญาประกันภัย ค่าสินไหมของเรอี่ยาง รวมถึงการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดังกล่าวจนกว่าจะเสร็จสิ้น  
 การเปิดเผย และ/หรือ สถานพยาบาล ผู้ให้การรักษาพยาบาล และ/หรือ บริษัทฯ และ/หรือ ตัวแทนของบริษัทฯ ได้กระทำไปภายใต้ความ  
 ยินยอมของหนังสือฉบับนี้ ให้ออกเป็นการกระทำอันถูกต้องกฎหมาย  
 โดยข้าพเจ้า และ/หรือ ผู้รับประโยชน์ คงจะไม่โต้แย้งคัดค้าน ทวงถามหรือฟ้องร้องผู้เปิดเผยข้อมูล และ/หรือ บริษัทฯ และ/หรือ ตัวแทนของบริษัทฯ อัน  
 เนื่องจากการกระทำใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้ความยินยอมตามหนังสือฉบับนี้ทั้งสิ้น  
 อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือฉบับนี้สามารถนำไปใช้ร่วมกับแผนคุ้มครองชีวิตทุกกรณี เพื่อเป็นหลักฐาน จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อ  
 หน้าพยาน

(.....)  
 ผู้ขอเอาประกันภัย  
 (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยอายุตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป)

(.....)  
 ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม/  
 ผู้มีอำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย  
 (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

(.....)  
 พยาน

หนังสือให้ความยินยอมเพื่อเปิดเผยประวัติสุขภาพ



# การกรอกใบคำขอเอาประกันภัย



**บริษัท เจนเนอรัล ประกันชีวิต (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)**  
 87/2 อาคารธิดาธิ์ ทาวเวอร์ อดิสันส์ พลาซ่า ชั้น 16 ยูนิท 1602 – 1605  
 ถนนวิภาวดี พวงลมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
 สำนักงานใหญ่ โทร : 02-685-3828 Instar : 02-685-3829  
 ทะเบียนเลขที่ 0107555000589

KKPGEN CL Non-Auto V01062023

CL Non-Auto

กรมธรรม์เลขที่ .....  
 ใบคำขอลเลขที่ .....  
 หนังสือรับรองเลขที่ .....



## ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่ม สุ่มครองสินเชื่

**คำเตือน** ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

### ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1.1 ชื่อและนามสกุลผู้ขอเอาประกันภัย <input type="checkbox"/> นาย <input type="checkbox"/> นาง <input type="checkbox"/> นางสาว <input type="checkbox"/> อื่นๆ ..... เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง สัญชาติ..... วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../..... อายุ.....ปี ส่วนสูง.....ซม. น้ำหนัก.....กก. <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> หนังสือเดินทาง/ อื่นๆ .....เลขที่ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> บัตรหมอยา...../...../.....	
1.2 ที่อยู่ตามบัตรประชาชน เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... ประเทศ.....	1.4 ที่อยู่ปัจจุบัน <input type="checkbox"/> เหมือนที่อยู่ตามบัตรประชาชน เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... ประเทศ..... โทรศัพท์บ้าน..... มือถือ..... สถานที่สะดวกในการติดต่อ (กรณีไม่ระบุ ถือว่าเลือกเป็นที่อยู่ปัจจุบัน) <input type="checkbox"/> ที่อยู่ตามบัตรประชาชน <input type="checkbox"/> สถานที่ทำงาน <input type="checkbox"/> ที่อยู่ปัจจุบัน
1.3 สถานที่ทำงาน <input type="checkbox"/> เหมือนที่อยู่ตามบัตรประชาชน <input type="checkbox"/> เหมือนที่อยู่ปัจจุบัน ชื่อ..... อาคาร..... เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... ประเทศ..... โทรศัพท์ที่ทำงาน.....	1.5 อีเมลที่สะดวกในการติดต่อ .....

1.6 ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์ให้จัดส่งหนังสือรับรองการประกันภัยในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)  
 แบบกระดาษ  แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมล (e-mail) ที่สะดวกในการติดต่อที่ให้ไว้กับบริษัท

1.7 ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์ให้จัดส่งเอกสารแสดงการรับเงิน และ/หรือเอกสารที่เกี่ยวข้องนอกจากหนังสือรับรองการประกันภัย (ขอสงวนสิทธิ์เฉพาะเอกสารบางประเภทที่บริษัทสามารถออกเป็นแบบอิเล็กทรอนิกส์ได้เท่านั้น) ในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)  
 แบบกระดาษ  แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมล (e-mail) ที่สะดวกในการติดต่อที่ให้ไว้กับบริษัท

**หมายเหตุ :** หากไม่ได้ระบุวิธีการจัดส่ง หรือบริษัทไม่สามารถจัดส่งหนังสือรับรองการประกันภัย เอกสารแสดงการรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องนอกจากหนังสือรับรองการประกันภัยทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ บริษัทจะจัดส่งให้ผู้ขอเอาประกันภัยในรูปแบบกระดาษ

## กรอกเฉพาะช่องใบคำขอเอาที่ “ใส่เลขที่สัญญา”

ส่วนที่ 1 :

- 1.1 สะกดชื่อและนามสกุลให้ถูกต้องชัดเจนตามหลักฐานทางราชการ และต้องระบุค่านำหน้าให้ชัดเจน และระบุส่วนสูง / น้ำหนัก ให้ตรงกับความเป็นจริง
  - ระบุเพศ (ไม่ต้องระบุสัญชาติ)
  - ระบุวัน-เดือน-ปีเกิด ให้ตรงกับหลักฐานทางราชการ
  - ระบุเอกสารที่ใช้แสดง พร้อมทั้งระบุเลขที่บัตร วันที่บัตรหมดอายุ
- 1.2.ระบุที่อยู่ตามบัตรประชาชน
- 1.3. สถานที่ทำงาน
- 1.4.ที่อยู่ปัจจุบัน
- 1.5.ระบุอีเมลและสถานที่สะดวกในการติดต่อ จะต้องเป็นที่อยู่ที่ติดต่อได้ในปัจจุบัน ไม่ใช่ที่อยู่ตามบัตรประชาชนหรือที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน นอกจากนี้จะเป็นที่อยู่เดียวกัน
- 1.6. ระบุความประสงค์ในการจัดส่งหนังสือรับรองฯ
- 1.7 ระบุสถานที่ในการจัดส่งเอกสาร



## คำถามข้อ 1.6 และ 1.7 เกี่ยวกับเอกสารหนังสือรับรองการประกันภัยและเอกสารการรับเงิน โดยระบุเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง

1.6 ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์ให้จัดส่งหนังสือรับรองการประกันภัยในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)

แบบกระดาษ  แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมล (e-mail) ที่สะดวกในการติดต่อที่ให้ไว้กับบริษัท

1.7 ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์ให้จัดส่งเอกสารแสดงการรับเงิน และ/หรือเอกสารที่เกี่ยวข้องนอกจาก หนังสือรับรองการประกันภัย

(ขอสงวนสิทธิ์เฉพาะเอกสารบางประเภทที่บริษัทสามารถออกเป็นแบบอิเล็กทรอนิกส์ได้เท่านั้น) ในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)

แบบกระดาษ  แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมล (e-mail) ที่สะดวกในการติดต่อที่ให้ไว้กับบริษัท

**หมายเหตุ:** หากไม่ได้ระบุวิธีการจัดส่ง หรือบริษัทไม่สามารถจัดส่งหนังสือรับรองการประกันภัย เอกสารแสดงการรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องนอกจากหนังสือรับรองการประกันภัยทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ บริษัทจะจัดส่งให้ผู้ขอเอาประกันภัยในรูปแบบกระดาษ

หมายเหตุ : หากไม่ได้ระบุเลือก ข้อ 1.6 และ 1.7 จะไม่ติด Pending Memo

และผู้เอาประกัน ระบุเลือกทั้งสองข้อ เช่น รับในรูปแบบกระดาษ และ แบบอิเล็กทรอนิกส์ จะติด Pending Memo ให้ผู้เอาประกันยืนยันใหม่อีกครั้ง

# การกรอกใบคำขอเอาประกันภัย

1.8 อาชีพประจำ..... ตำแหน่ง..... ลักษณะงานที่ทำ.....  
ลักษณะธุรกิจ..... รายได้ต่อปี..... บาท

1.9 รายละเอียดการขอเอาประกันภัย	ระยะเวลาผ่อนชำระ ..... ปี
จำนวนเงินที่ขอกู้ (ยอดเงินกู้) หรือยอดหนี้สินที่ค้างชำระ ในขณะที่ขอเอาประกันภัย..... บาท	
แบบประกันภัยคุ้มครองสินเชื่อ <input type="checkbox"/> สินเชื่อบ้าน เคเคทีเจเน โสมโลนแคร์ <input type="checkbox"/> สินเชื่อเพื่อธุรกิจขนาดย่อม เคเคทีเจเน เอสเอ็มอีแคร์	ระยะเวลาเอาประกันภัย ..... ปี
<input type="checkbox"/> สินเชื่อเบิกเงินเกินบัญชี เคเคทีเจเน โอดีโลนแคร์ <input type="checkbox"/> สินเชื่อเพื่อธุรกิจขนาดย่อม เคเคทีเจเน เอสเอ็มอีแคร์พลัส	
<input type="checkbox"/> สินเชื่อเพื่อสมาชิกสหกรณ์ เคเคทีเจเน โคออปโลนแคร์ <input type="checkbox"/> .....	
จำนวนเงินเอาประกันภัย..... บาท*	
จำนวนเบี้ยประกันภัย..... บาท งดการชำระเบี้ยประกันภัย <input type="checkbox"/> ชำระครั้งเดียว <input type="checkbox"/> รายปี <input type="checkbox"/> ราย 6 เดือน <input type="checkbox"/> ราย 3 เดือน <input type="checkbox"/> รายเดือน	
*จำนวนเงินเอาประกันภัยในหนังสือรับรองการประกันภัยอาจแตกต่างจากจำนวนเงินเอาประกันภัยในใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มนี้ โปรดอ้างอิงจากหนังสือรับรองการประกันภัย	
กรณีมีเงินค่าสินไหมทดแทนที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (ถ้ามี) เว้นแต่มีการแจ้งแก้ไขเป็นอย่างเป็นทางการโดยข้าพเจ้า หรือผู้รับผลประโยชน์ (กรณีสินไหมทดแทนกรณี) และ/หรือ มีเงินคืนผลประโยชน์ตามเงื่อนไขกรมธรรม์ ประสงค์เลือกขอรับ โดย*	
<input type="checkbox"/> บัญชีพร้อมเพย์ที่สมัครไว้แล้ว โดยใช้เลขที่บัตรประชาชนของผู้ขอเอาประกันภัยตามที่ระบุในข้อ 1.1	
<input type="checkbox"/> โอนเข้าบัญชีธนาคาร..... เลขที่..... สาขา..... ชื่อเจ้าของบัญชี.....	
(หากไม่ระบุ ให้ถือว่า ขอรับผ่านบัญชีพร้อมเพย์ที่สมัครไว้แล้ว โดยใช้เลขที่บัตรประชาชน กรณีที่ไม่ระบุและ/หรือบริษัทไม่สามารถคืนเข้าบัญชีพร้อมเพย์ข้างต้นได้จะถือว่ายินยอมรับเงินในรูปแบบเช็ค)	
<small><u>คำเตือน</u> หากมีการชำระเงินค่าประกันภัยประกันภัยจากผู้ใช้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงินคืนและเลขที่ระบุข้างต้น สำหรับการชำระเงินค่าประกันภัยประกันภัยจากดีไป (ถ้ามี) ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบเสร็จรับเงินเบี้ยประกันภัย/เอกสารแสดงการรับเงินจากบริษัท</small>	

1.8 ระบุอาชีพประจำ ตำแหน่ง ลักษณะงานที่ทำงาน ลักษณะธุรกิจ และรายได้ต่อปี

## 1.9 : รายละเอียดการขอเอาประกันภัย

- ระบุจำนวนเงินที่ขอกู้ / ระยะเวลาผ่อนชำระที่ปี
- เลือกแบบการประกันภัย ในช่องที่กำหนดให้ตามแผนประกันภัย / ระบุระยะเวลาเอาประกันภัยว่าที่ปี
- ระบุจำนวนเงินเอาประกันภัย
- ระบุจำนวนเบี้ยประกันภัย / ระบุงวดการชำระเบี้ย
- ระบุการขอรับผลประโยชน์เงินค่าสินไหมทดแทน

**หมายเหตุ :** หากไม่กรอกข้อมูลการรับค่าสินไหม จะไม่ติด Pending Memo



# การกรอกใบคำขอเอาประกันภัย

## 1.10 รายละเอียดเกี่ยวกับผู้รับประโยชน์

ผู้รับผลประโยชน์หลัก คือ ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย ได้ผลประโยชน์ตามภาระหนี้สินที่ผู้ขอเอาประกันภัยมีกับผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย ถ้าเหลือจากการชำระให้กับผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย ให้จ่ายแก่ผู้รับผลประโยชน์รอง ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับผลประโยชน์รอง ให้ถือว่าแบ่งผลประโยชน์เท่า ๆ กัน



คำนำหน้า	ชื่อ	นามสกุล	เพศ ตามกำเนิด	อายุ (ปี)	วัน/เดือน/ปี เกิด	สัญชาติ	ประเทศที่อยู่ปัจจุบัน	ความสัมพันธ์	ร้อยละของ ผลประโยชน์
นางสาว	มณีXXX	เมืองXXX	หญิง	39	01/08/2527	ไทย	ไทย	ภรรยา	100 %

## การกรอกข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับผู้รับผลประโยชน์

- กรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง (\*\* ช่องข้อมูลที่สำคัญและมีผลต่อการพิจารณารับประกัน คือ ชื่อ – นามสกุล , ความสัมพันธ์ และ ร้อยละของผลประโยชน์ \*\*) หากไม่กรอกใบ 4 ข้อนี้ จะติด Pending Memo

กรณีที่ไม่กรอกข้อมูลไม่ครบถ้วน และ กรมธรรม์อนุมัติเรียบร้อยแล้ว บริษัทประกันตรวจพบภายหลังว่าผู้เอาประกันเป็นบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงด้านการฟอกเงิน บริษัทต้องขอข้อมูลผู้รับผลประโยชน์เพิ่มเติมตามที่ระบุในคำขอทั้งหมด

## ส่วนที่ 2 : คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีไม่ระบุ จะถือว่าผู้ชำระเบี้ยประกันภัยเป็นคนเดียวกับผู้เอาประกันภัย)

**ส่วนที่ 2** คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีไม่ระบุ จะถือว่าผู้ชำระเบี้ยประกันภัยเป็นคนเดียวกับผู้เอาประกันภัย)

2.1 ชื่อ-นามสกุล ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย  นาย  นาง  นางสาว  นิตินุคคล  อื่นๆ

ชื่อ.....นามสกุล..... เพศ  ชาย  หญิง

วัน/เดือน/ปีเกิด ...../...../..... อายุ.....ปี สัญชาติ.....

อาชีพประจำ.....ตำแหน่ง.....ลักษณะงานที่ทำ.....

ลักษณะธุรกิจ.....รายได้ต่อปี.....บาท

2.2 ที่อยู่

เหมือนที่อยู่ตามบัตรประชาชนผู้เอาประกันภัย  เหมือนที่อยู่ปัจจุบันผู้เอาประกันภัย  ที่อยู่อื่น โปรดระบุ

เลขที่.....หมู่ที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....ประเทศ.....

เบอร์มือถือ.....อีเมล.....

อ้างอิง : ข้อมูลของผู้เอาประกันเนื่องจากผู้เอาประกันชำระเบี้ยประกันภัยด้วยตนเอง หากไม่กรอกข้อมูลในส่วนที่ 2 จะไม่มีการติด Pending memo

# การกรอกใบคำขออุปประกันภัย

<b>ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขออุปประกันภัย</b>	
<b>■</b>	3.1 ท่านเคยได้รับการวินิจฉัยหรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคหลอดเลือดในสมอง โรคอัมพฤกษ์ / โรคอัมพาต โรคปอดหรือปอดอักเสบ โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง โรคความดันโลหิตสูง โรคตับหรือทางเดินน้ำดี ตีซ่าน ม้ามโต โรคตับอ่อนอักเสบ โรคไต โรคเบาหวาน โรคไทรอยด์ โรคชัก โรคกระเพาะ เนื่องจาก ก้อน หรือถุงน้ำ โรคจิตเวช โรคระบบประสาท โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง (HIV) โรคต่อมน้ำเหลืองโต โรคเอสแอลอี โรคเลือด โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคข้ออักเสบ พิกัดทางร่างกาย หรือไม่
<b>■</b>	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด (โรค, วัน / เดือน / ปีที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์), การรักษาและอาการปัจจุบัน, สถานพยาบาลที่รักษา).....
3.2 ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเคยได้รับการตรวจสุขภาพ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค (เช่น ความดันโลหิต การตรวจปัสสาวะ การตรวจเอ็กซเรย์ การตรวจเลือด การตรวจเอ็มอาร์ไอ (MRI) การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจโดยการส่องกล้อง การตรวจแมมโมแกรม การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ การตรวจแบบอื่น) หรือรับการผ่าตัด หรือการแนะนำจากแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์ทางเลือกเพื่อรับการรักษาใด ๆ หรือไม่	
<b>■</b>	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด (ตรวจอะไร, เมื่อใด, สถานที่ตรวจ, ผลการตรวจ, ข้อสังเกตโดยแพทย์, อาการ, วัน/เดือน/ปีที่รับการรักษา, ชื่อสถานพยาบาล, ผลการรักษา).....
<b>ส่วนที่ 4 การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามกฎหมายที่กระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขออุปประกันภัย</b>	
<b>การรับรองสถานะ</b>	
<b>■</b>	ก. ผู้ขออุปประกันภัยมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ถ้ามี โปรดระบุ <input type="checkbox"/> ถึงสัญชาติอเมริกัน <input type="checkbox"/> เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา <input type="checkbox"/> ถึงสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
<b>■</b>	ข. ผู้ขออุปประกันภัย เป็นหรือเคยเป็น ผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ กรณีเป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่..... วันบัตรหมดอายุ.....
<b>■</b>	ค. ผู้ขออุปประกันภัยมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี
<b>■</b>	ง. ผู้ขออุปประกันภัยมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีของประเทศสหรัฐอเมริกา ไร่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา) <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี

## ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับสุขภาพ

- **ตอบคำถามสุขภาพ 3.1 และ 3.2**

ถ้าตอบว่า “เคย” โปรดระบุรายละเอียดเกี่ยวกับโรค วัน/เดือน/ปีที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษาหรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์) และวิธีการรักษารวมถึงสถานพยาบาลที่ทำการรักษา

## ส่วนที่ 4 การรับรองสถานะ (กฎหมาย FATCA)

- **ระบุข้อมูลในแต่ละข้อ**





# โปรแกรมคำนวณเบี้ยประกันภัย KKPGEN Home Loan Care

รับประกันภัย โดยบริษัท เจเนอราลี่ ประกันชีวิต (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน) ชั้น 16 ชั้น 1603-1605 อาคารซีอาร์ซี ทาวเวอร์ ออลซีซั่น เพลส 87/2 ถนนพหลโยธิน แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2685-3828 โทรสาร 0-2685-3829  
Generali Life Assurance (Thailand) Plc. 16th Floor, Unit 1603-1605, CRC Tower,  
All Season Place, 87/2 Wireless Road, Lumpini, Phatumwan, Bangkok 10330 Tel. 0-2685-3828 Fax. 0-2685-3829



## ใบเสนอขายแบบประกัน KKPGEN Home Loan Care ประกันชีวิตคุ้มครอง สินเชื่อบ้าน เคเคทีเจเน โสมโลน แคร์

เพศ / Gender	ชาย / Male	ชื่อเสนอพิเศษสำหรับคุณ ทดสอบ ทดสอบ	เกิดวันที่	01 เดือน ม.ค. พ.ศ. 2518
อายุ / Assured Age	45	ปี / years old	วันที่เสนอขาย	10 เดือน มิ.ย. พ.ศ. 2563
จำนวนเงินเอาประกันภัย / SA	527,230	บาท / Baht	รวมผลประโยชน์จากการลดหย่อนภาษีตลอดสัญญา	0 บาท
เบี้ยประกันภัย / Premium	27,230	บาท ต่อ ปี / Baht per year		

กรอกข้อมูลผู้เอาประกันชีวิตเฉพาะช่องสี่เหลี่ยม ประกอบด้วย : ปี พ.ศ. เกิด (ระบุบจะคำนวณอายุอัตโนมัติ) / ระยะเวลาเอาประกันภัย / ยอดเงินกู้

### ผลประโยชน์ความคุ้มครอง

- คุ้มครองการเสียชีวิต (เจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ) 527,230 บาท / Baht จำนวนเงินเอาประกันภัยลดลงตามตาราง
- คุ้มครองการทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (เจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ) 527,230 บาท / Baht จำนวนเงินเอาประกันภัยลดลงตามตาราง
- คุ้มครองการเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ และทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร เนื่องจากอุบัติเหตุ 527,230 บาท / Baht จำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่ (โดยจะจ่ายเงินชดเชย เป็น % ตามตารางรายการทดแทน)

### เบี้ยประกัน

- เบี้ยประกันชีวิต 17,655 บาท
- เบี้ยประกันสุขภาพเพิ่มเติมสุขภาพ 4,693 บาท
- เบี้ยประกันอื่นๆ 4,882 บาท

รายละเอียดของผลประโยชน์ที่ลูกค้าจะได้รับของ Home Loan

- คุ้มครองการเสียชีวิตทุกกรณี
- คุ้มครองการทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง
- คุ้มครองอุบัติเหตุ

ตารางแสดงผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัย / Table of Benefit Illustration and Policy Value

ดับปีที่	จำนวนเอาประกันภัยคงเหลือ	มูลค่าเวนคืนเงินสด**
1	527,230	14,180
2	494,015	12,440
3	457,636	10,665
4	417,566	8,870
5	373,806	7,095
6	325,301	5,370
7	272,051	3,755
8	213,528	2,320
9	148,679	1,140
10	78,030	320

\*\* มูลค่าเวนคืนเงินสดสำหรับความคุ้มครองการเสียชีวิต และการทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวรเท่านั้น

สิทธิในการหักลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา

ตารางแสดงจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ลดลง และมูลค่าเวนคืนเงินสด

# KKPGEN Home Loan Care

## ตัวอย่างกรณียกเว้นความคุ้มครอง

1. กรณีผู้เอาประกันภัยไม่เปิดเผยข้อความจริง หรือแถลงข้อความเท็จ บริษัทฯ จะบอกล้างสัญญาภายใน 1 ปี นับจากวันทำสัญญา หรือวันต่ออายุกรมธรรม์หรือวันกลับคืนผู้สถานะเดิมของกรมธรรม์ครั้งสุดท้าย
2. กรณีผู้เอาประกันภัยฆ่าตัวตายด้วยใจสมัครภายใน 1 ปี นับแต่วันทำสัญญา หรือวันต่ออายุกรมธรรม์ หรือวันกลับคืนผู้สถานะเดิมของกรมธรรม์ครั้งสุดท้าย หรือกรณีถูกผู้รับประโยชน์ฆ่าตายโดยเจตนา
3. ผู้ขอเอาประกันภัยควรศึกษารายละเอียดข้อยกเว้นเพิ่มเติม จากกรมธรรม์

## หมายเหตุ

- (1) เบี้ยประกันชีวิตสามารถนำไปอ้างอิงการใช้จ่ายหักลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา ตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากร ฉบับที่ 172
- (2) เบี้ยประกันชีวิตสัญญาเพิ่มเติมสุขภาพสามารถนำไปอ้างอิงการใช้จ่ายหักลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา ตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากร ฉบับที่ 315
- (3) ข้อมูลที่แสดง ในเอกสารนี้เป็นเพียงข้อมูลเบื้องต้นเพื่อประกอบการนำเสนอเท่านั้น ผู้ขอเอาประกันภัยควรศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับความคุ้มครอง ข้อกำหนดเงื่อนไข ข้อยกเว้น และผลประโยชน์ จากกรมธรรม์
- (4) การนำส่งเบี้ยประกันภัยโรคร้ายหรือเป็นหน้าที่ของผู้เอาประกันภัย ในกรณีผู้เอาประกันภัยขอคืนเงินเอาประกันภัยเพื่อชำระเบี้ยประกันภัยนั้น จำนวนค่าเบี้ยประกันภัยจะถูกหักจากวงเงินคืนเงินตามผู้เอาประกันภัย ได้รับการพิจารณาอนุมัติจากธนาคาร (ภายใต้เงื่อนไขที่ธนาคารกำหนด) หรือ หากผู้เอาประกันภัยประสงค์ชำระค่าเบี้ยประกันเป็นเงินสด สามารถชำระโดยตรงกับนายหน้าประกันชีวิต (ธนาคาร)
- (5) ธนาคารเกียรตินาคินภัทร จำกัด (มหาชน) ในฐานะนายหน้าประกันชีวิต เป็นผู้เสนอผลิตภัณฑ์ด้านประกันชีวิต และอำนวยความสะดวกในการรับชำระเบี้ยประกันชีวิตเท่านั้น โดยบริษัท เจเนอรัลลี่ ประกันชีวิต (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน) เป็นผู้รับผิดชอบติดตามข้อกำหนดและเงื่อนไขที่ระบุไว้ในกรมธรรม์
- (6) ผู้เอาประกันภัยมีสิทธิขอยกเลิกกรมธรรม์ (Free Look) โดยต้องส่งคืนหนังสือรับรองการประกันชีวิตมายังบริษัทฯ ภายใน 15 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือรับรองการประกันชีวิต โดยบริษัทฯ จะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือ จากการหักค่าตรวจสุขภาพตามที่จ่ายจริง (ถ้ามี) และค่าใช้จ่ายของบริษัทฯ ฉบับละ 500 บาท (กรณีที่ผู้เอาประกันภัยได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว สมาชิกผู้เอาประกันภัยไม่มีสิทธิยกเลิกกรมธรรม์)
- (7) ชื่อแบบประกันภัย KKPGEN Home Loan Care นี้ เป็นชื่อทางการตลาด ซึ่งในกรมธรรม์จะระบุชื่อ กรมธรรม์ประกันชีวิตกลุ่มแบบคุ้มครองเงินกู้
- (8) สำหรับผู้เอาประกันภัยเมื่อได้รับกรมธรรม์และยังไม่ได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน มีสิทธิขอยกเลิกกรมธรรม์โดยด้วยการส่งมอบกรมธรรม์คืนมายังบริษัทภายใน 15 วัน นับแต่วันได้รับกรมธรรม์จากบริษัท

บริษัทขอแจ้งให้ท่านทราบว่าบริษัทมีการจัดเก็บ ไข่ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน เพื่อการพิจารณารับประกันภัยและการให้บริการเกี่ยวกับกรมธรรม์ ซึ่งเป็นไปตามข้อบังคับของ พรบ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ท่านสามารถศึกษานโยบายของบริษัทที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองและการใช้ข้อมูลส่วนบุคคลได้เว็บไซต์ของบริษัท [www.generali.co.th](http://www.generali.co.th)

ลายมือชื่อผู้นำเสนอ	ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารการขายจากนายหน้าประกันชีวิต โดยนายหน้าประกันชีวิต มิได้มีการนำเสนอผลประโยชน์แบบประกันชีวิตนอกเหนือไปจากที่ระบุในเอกสารนี้
<input type="text"/> วันที่	<input type="text"/> วันที่

เอกสารนี้จัดทำขึ้นเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจเท่านั้น จึงมีใช้ส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัย หรือเป็นเอกสารผูกพันบริษัท

ลงลายมือชื่อ  
ผู้นำเสนอ / วันที่ / เลขที่ใบอนุญาตฯ

ลงลายมือชื่อ  
ผู้เอาประกันภัย / วันที่

ยกเว้นความคุ้มครอง

ลงชื่อผู้เอาประกันภัย

- กรณีตอบรับผ่านทาง SMS Link : “ลูกค้าตกลงทำประกันผ่านช่องทาง SMS Link”
- กรณีตอบรับผ่านทาง Email : “ลูกค้าตกลงทำประกันผ่านช่องทาง Email” (จะใช้อีเมล-กรณีนี้ SMS Link มีปัญหา)

# กฎเกณฑ์การนับจำนวนเงินเอาประกันภัยรวมเพื่อการตรวจสุขภาพ

- ให้คำนวณผลรวมของความคุ้มครองเฉพาะผลิตภัณฑ์ประเภทกลุ่มคุ้มครองสินเชื่อ (Group Credit Life) ของทุกธนาคารและสถาบันการเงิน โดยไม่นับรวมกับแบบประกันภัยประเภทอื่น การคำนวณให้นับรวมดังต่อไปนี้
- จำนวนเงินเอาประกันภัยรวม หมายถึงผลรวมของจำนวนเงินเอาประกันภัยของใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มคุ้มครองสินเชื่อที่กำลังอยู่ระหว่างการพิจารณาและกรมธรรม์เดิมทั้งหมดที่มีผลบังคับอยู่ (in force)
- กรมธรรม์เดิมที่นำมาใช้คำนวณจำนวนเงินเอาประกันภัยรวม ต้องมีสถานะและอายุกรมธรรม์ดังต่อไปนี้
  - กรณีเป็นกรมธรรม์ที่รับประกันด้วยอัตราเบี้ยมาตรฐาน (**standard case**) นับรวมเฉพาะสถานะกรมธรรม์เป็น “มีผลบังคับอยู่ (in force)” ที่มีอายุกรมธรรม์ไม่เกิน 1 ปี
  - กรณีเป็นกรมธรรม์ที่รับประกันแบบเพิ่มเบี้ยหรือรับประกันด้วยเงื่อนไขการรับประกันแบบพิเศษ (**substandard case**) จะถูกนับรวมตลอดอายุสัญญา
- กรณีมีประวัติเรียกร้องสินไหมด้วยโรคเรื้อรังให้นับรวมตลอดสัญญา
- หากคำนวณได้จำนวนเอาประกันภัยรวมตามเงื่อนไขข้างต้นแล้วให้นำไปพิจารณารายการตรวจสุขภาพตามตารางตรวจสุขภาพในตามแต่ละผลิตภัณฑ์ในใบคำขอเอาประกันภัยที่กำลังพิจารณานั้นอยู่ในกลุ่มไหน

# ตารางตรวจสุขภาพ

จำนวนเงินเอาประกันภัยรวม (บาท)	อายุ (ปี)			
	< 31	31 - 40	41 - 55	> 55
≤ 20,000,000	NML			
20,000,001 - 30,000,000	Program E			
30,000,001 - 50,000,000	Program H	Program J		Program K
> 50,000,000	Program H	Program J	Program K	

หมายเหตุ : บริษัทขอสงวนสิทธิ์ในการเรียกตรวจสุขภาพเพิ่มเติม กรณีที่มีประวัติสุขภาพ หรือผลตรวจผิดปกติ

## คำอธิบายตารางตรวจสุขภาพ

NML

ไม่ตรวจสุขภาพ

Program E

Mx, MU, Blood Profile 1 และ EKG

Program H

Mx, MU, Blood Profile 2 และ EKG

Program J

Mx, MU, Blood Profile 2, EKG และ CXR

Program K

Mx, MU, Blood Profile 2, EST และ CXR

Mx

ตรวจร่างกายโดยแพทย์ตามแบบฟอร์มของบริษัท (Physical examination)

MU

ตรวจปัสสาวะ-สมบูรณ์แบบ (Urinalysis)

EKG

ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจขณะพัก (Electrocardiography)

CXR

ตรวจเอ็กซเรย์ทรวงอก (Chest X-rays)

EST

ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจขณะออกกำลังกาย (Exercise stress test)

Blood Profile 1

ตรวจเลือด Anti-HIV, FBS, HbA1C, BUN, Creatinine, Total Cholesterol, Triglyceride, HDL, SGOT, SGPT, GGT, Alkaline Phosphatase, Total Protein, Albumin, CBC, Uric acid, Total Bilirubin, Direct Bilirubin และ HBsAg (กรณีผลตรวจ HBsAg เป็น Positive กรุณาตรวจ HBeAg และ AFP เพิ่มเติม)

Blood Profile 2

ตรวจเลือด Anti-HIV, Anti-HCV, FBS, HbA1C, BUN, Creatinine, Total Cholesterol, Triglyceride, HDL, SGOT, SGPT, GGT, Alkaline Phosphatase, Total Protein, Albumin, CBC, Uric acid, Total Bilirubin, Direct Bilirubin, HBsAg (กรณีผลตรวจ HBsAg เป็น Positive กรุณาตรวจ HBeAg และ AFP เพิ่มเติม) และ PSA (เฉพาะเพศชายอายุเกินกว่า 55 ปี)

## กฎเกณฑ์การนำเสนอเอกสารการเงิน

จำนวนเงินเอาประกันภัยรวม (บาท)	เอกสารที่ต้องใช้
≤ 25,000,000	ไม่มี
25,000,001 – 40,000,000	แบบสอบถามเกี่ยวกับสินเชื่อและธุรกิจของผู้ขอเอาประกันภัย (Corporate Loan Q)
> 40,000,000	*1. แบบสอบถามเกี่ยวกับสินเชื่อและธุรกิจของผู้ขอเอาประกันภัย (Corporate Loan Q) 2. สำเนาทางการเงินของบริษัทย้อนหลัง 1 ปี *หมายเหตุ - สามารถนำเสนอรายละเอียดการวิเคราะห์สินเชื่อของธนาคารฉบับสมบูรณ์ทดแทนข้อ 1 และข้อ 2 - บริษัทขอสงวนสิทธิ์ในการขอเอกสารทางการเงินหรือหลักฐานอื่นๆเพิ่มเติมเป็นรายๆไป

## บริษัทขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณารับประกันภัยบุคคลดังต่อไปนี้

1. บริษัทไม่รับประกันภัยผู้ขอเอาประกันภัย ที่มีสุขภาพไม่แข็งแรง เป็นโรคหรือเจ็บป่วยรุนแรงหรือโรคเรื้อรัง หรือ พิกัด หรือ วิกฤลจิต หรือมีความเสี่ยงภัยเกินกว่าจะรับประกันภัยได้
2. เป็นบุคคลต้องห้ามตามข้อกำหนดของสำนักงานป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน รวมถึงข้อกำหนดของบริษัท และ กลุ่มบริษัทเงินเนอราลีที่เกี่ยวข้องกับการปราบปรามการฟอกเงิน และ ต่อต้านการสนับสนุนทางการเงินแก่การก่อการร้ายและการแพร่ขยายอาวุธที่มีอานุภาพทำลายล้างสูงและมาตรการคว่ำบาตรระหว่างประเทศ
3. บริษัทขอสงวนสิทธิ์ในการรับประกันภัย กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นบุคคลมีสัญชาติอเมริกา (US Citizen) หรือ ปรากฏว่ามีสิ่งบ่งชี้ความเป็นชาวสหรัฐอเมริกา (US Indicia status) แต่ไม่ยินยอมให้ข้อมูล



# วันเริ่มความคุ้มครอง



## การให้วันเริ่มความคุ้มครอง (Effective date)

วันเริ่มความคุ้มครอง นับจากวันหนึ่งวันใดที่เกิดขึ้นหลังสุด ระหว่าง

- วันที่ลงนามในใบคำขอเอาประกันชีวิต
- วันที่ผู้ขอเอาประกันภัยชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีชำระเอง/ชำระเป็นเงินสด) หรือวันที่ทางธนาคารยึดถือการเริ่มมีผลของสัญญาคุ้มครองเงินหรือเบิกใช้วงเงิน ให้เป็นไปตามเงื่อนไขของแต่ละผลิตภัณฑ์ประกัน
- วันที่ตรวจสอบสภาพเพื่อการขอเอาประกันภัยหลังสุด (ถ้ามี)
- วันที่บริษัทได้รับข้อเสนองใหม่ในการรับประกันภัย (Counter Offer) (ถ้ามี)

วันที่บริษัทได้รับใบคำร้องขอเปลี่ยนแปลงจำนวนเงินเอาประกันภัย หรือระยะเวลาเอาประกันภัย หรือแบบประกันภัย (ถ้ามี)

# สิทธิของผู้เอาประกันภัย

แบบประกัน	สิทธิของผู้เอาประกันภัย			
	ยกเลิกกรมธรรม์ <sup>(1)</sup>	เวนคืนกรมธรรม์ <sup>(2)</sup>	ค่าลดหย่อนภาษี <sup>(3)</sup> (ค่าเบี้ยประกันกันชีวิต)	ค่าลดหย่อนภาษี <sup>(4)</sup> (ค่าเบี้ยประกันสุขภาพ)
KKPGEN Home Loan Care	✓	✓	✓	✓
KKPGEN Home Loan Care 2	✓	✓	✓	✓
KKPGEN Home Loan Care 3	✓	✓	✓	X
KKPGEN Home Loan Care 4	✓	✓	✓	✓

## หมายเหตุ

### (1) สิทธิในการยกเลิกการประกันภัย

หากผู้เอาประกันภัย ประสงค์จะยกเลิกการประกันภัยฉบับนี้ ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ผู้เอาประกันภัยสามารถส่งหนังสือรับรองการประกันชีวิตมายังบริษัทภายใน 15 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือรับรองการประกันชีวิตจากบริษัท และ บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสุขภาพตามที่จ่ายจริง และค่าใช้จ่ายของบริษัทยอดฉบับละ 500 บาท (ห้าม) ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ผู้เอาประกันภัยไม่มีสิทธิในการยกเลิกการประกันภัยฉบับนี้

### (2) สิทธิในการเวนคืนกรมธรรม์ ผู้เอาประกันภัยจะได้รับเงินคืนไม่เต็มจำนวนของเบี้ยประกันที่ชำระมาแล้ว

### (3) การใช้สิทธิหักลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา

-เบี้ยประกันชีวิต ไม่สามารถนำไปอ้างอิงการใช้สิทธิหักลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา ตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากรฉบับที่ 172 ในระยะเวลาเอาประกันภัยที่ต่ำกว่า 10 ปี

### (4) เบี้ยประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมสุขภาพสามารถนำไปอ้างอิงการใช้สิทธิหักลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา ตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากรฉบับที่ 315

# KKPGEN PA Long Term

## ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มเงินเนอราลี ค้ำครองสินเชื้ระยะยาว



คุ้มครอง 24 ชั่วโมง ทั่วโลก



คุ้มครองการถูกฆาตกรรม  
ลอบทำร้าย



แผนความคุ้มครองที่ครอบคลุมทุก  
ความต้องการ



สามารถเลือกความคุ้มครอง  
ได้ถึง 9 ปี



คุ้มครองการจับที่ หรือ โดยสาร  
รถจักรยานยนต์



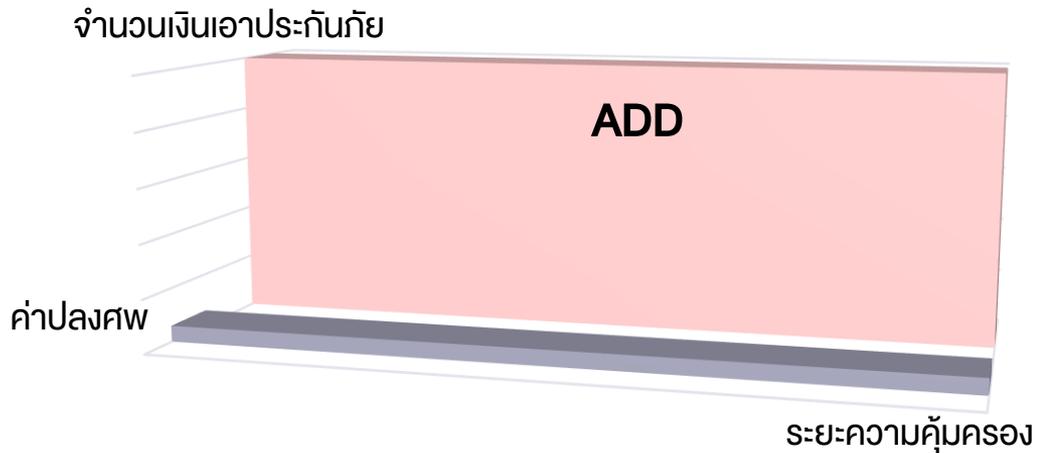
คุ้มครองการทุพพลภาพ หรือ  
สูญเสียอวัยวะจากอุบัติเหตุ

## จุดเด่นของแบบประกัน

### KKPGEN PA Long Term

# แผนความคุ้มครองกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มเงินเนอราลี คຸ້ມครองสินเชื่อ KKPGEN PA Long Term

คือ ผลิตภัณฑ์ประกันสินเชื่อระยะยาวโดยที่มีความคุ้มครองการเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะและคุณภาพการดำรงชีพ  
เนื่องจากอุบัติเหตุ (ADD) และค่าการปลงศพอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วย (ระยะเวลารอคอย 180 วัน)



# แผนความคุ้มครองกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มเงินเนอราลี คุ้มครองสินเชื่อ

Product	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)				
รายละเอียดความคุ้มครอง	แผน 2 ล้าน	แผน 3 ล้าน	แผน 4 ล้าน	แผน 5 ล้าน	แผน 7 ล้าน
<b>1. การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ-สายตา หรืออวัยวะพิการสิ้นเชิง (อน.1)</b>					
1.1 อุบัติเหตุทั่วไป	2,000,000	3,000,000	4,000,000	5,000,000	7,000,000
1.2 การถูกฆาตกรรม ลอบทำร้าย	2,000,000	3,000,000	4,000,000	5,000,000	7,000,000
1.3 การจับที่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	1,000,000	1,500,000	2,000,000	2,500,000	3,500,000
1.4 การก่อการร้าย	-	-	-	-	-
<b>2. การปลงศพอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วย (ระยะรอคอย 180 วัน)</b>	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000
<b>เบี้ยประกันกับรวม ( บาท / คน )</b>	<b>แผน 20</b>	<b>แผน 21</b>	<b>แผน 22</b>	<b>แผน 22</b>	<b>แผน 22</b>
1 ปี	5,213	7,922	10,392	12,860	17,800
2 ปี	10,008	15,209	19,951	24,692	34,175
3 ปี	14,803	22,497	29,510	36,523	50,550
4 ปี	19,598	29,785	39,069	48,355	66,925
5 ปี	24,445	37,152	48,733	60,313	83,477
6 ปี	29,241	44,439	58,293	72,145	99,853
7 ปี	34,035	51,727	67,851	83,976	116,227
<b>8 ปี</b>	<b>38,831</b>	<b>59,013</b>	<b>77,411</b>	<b>95,808</b>	<b>132,603</b>
<b>9 ปี</b>	<b>43,627</b>	<b>66,301</b>	<b>86,970</b>	<b>107,639</b>	<b>148,976</b>

## การเลือกแผนความคุ้มครองให้สอดคล้องกับวงเงินกู้

- เมื่อคำนวณยอดสินเชื่อเรียบร้อยแล้ว หากเศษมากกว่า 10,000 ขึ้นไป เลือกแผนถัดไป
- หากเศษน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 เลือกแผนที่ความคุ้มครองต่ำกว่าถัดมา

หมายเหตุ: จำนวนเงินเอาประกันภัยสูงสุดขึ้นอยู่กับวงเงินสินเชื่อที่ได้รับอนุมัติ

# ผลประโยชน์และความคุ้มครอง กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มเงินออราลี คุ้มครองสินเชื่อ

ร้อยละความคุ้มครอง		กรณีความคุ้มครอง
1	100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย	สำหรับการเสียชีวิต
2	100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย	สำหรับการตกเป็นบุคคลกึ่งพิการถาวรสิ้นเชิง และการกึ่งพิการถาวรสิ้นเชิงนั้น ได้เป็นไปติดต่อกันไม่น้อยกว่า 12 เดือน นับแต่วันที่เกิดอุบัติเหตุ หรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ชัดเจนว่า ผู้เอาประกันภัยตกเป็นบุคคลกึ่งพิการถาวรสิ้นเชิง
3	100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย	สำหรับมือสองข้างตั้งแต่ข้อมือ หรือเท้าสองข้างตั้งแต่ข้อเท้า หรือสายตาสองข้าง
4	100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย	สำหรับมือหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อมือ และเท้าหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อเท้า
5	100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย	สำหรับมือหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อมือ และสายตาดูหนึ่งข้าง
6	100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย	สำหรับเท้าหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อเท้า และสายตาดูหนึ่งข้าง
7	60% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย	สำหรับมือหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อมือ
8	60% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย	สำหรับเท้าหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อเท้า
9	60% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย	สำหรับสายตาดูหนึ่งข้าง

# ข้อยกเว้นทั่วไป

การประกันภัยนี้ไม่คุ้มครอง

1. ความสูญเสียหรือความเสียหายใดๆ อันเกิดจากหรือสืบเนื่องจาก สาเหตุดังต่อไปนี้
  - 1.1 การกระทำของผู้เอาประกันภัยขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา สารเสพติด หรือยาเสพติดให้โทษ จนไม่สามารถครองสติได้ คำว่า “ขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา” นั้น ในกรณีที่มีการตรวจเลือด ให้ถือเกณฑ์มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดตั้งแต่ 150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ขึ้นไป
  - 1.2 การฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตาย หรือการฆ่าร้ายร่างกายตนเอง
  - 1.3 การได้รับเชื้อโรค ปรสิต เว้นแต่การติดเชื้อโรค หรือบาดทะยัก หรือโรคกลัวน้ำ ซึ่งเกิดจากบาดแผลที่ได้รับมาจากอุบัติเหตุ
  - 1.4 การรักษาทางเวชกรรมหรือศัลยกรรม เว้นแต่ที่จำเป็นจะต้องกระทำ เนื่องจากได้รับบาดเจ็บซึ่งได้รับความคุ้มครองภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยนี้ และได้กระทำภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้ในกรมธรรม์ประกันภัย
  - 1.5 การแก๊งลูก
  - 1.6 การรักษาฟันหรือการรักษารากฟัน เว้นแต่การรักษาที่ได้เกิดขึ้นภายใน 7 วัน นับจากวันเกิดอุบัติเหตุ
  - 1.7 การเปลี่ยนหรือใส่ฟันปลอม การครอบฟัน ทันตกรรมประดิษฐ์
  - 1.8 อาหารเป็นพิษ

# ข้อยกเว้นทั่วไป

- 1.9 การปวดหลัง อันมีสาเหตุมาจาก หมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนทับเส้นประสาท (Disc herniation) กระดูกสันหลังเคลื่อน (Spondylolisthesis) หมอนรองกระดูกสันหลังเสื่อม (Degenerative disc disease) กระดูกสันหลังเสื่อม (Spondylosis) และภาวะที่มีรอยแตก (Defect) หรือพยาธิสภาพที่กระดูกสันหลังส่วน Pars Interarticularis (Spondylolysis) เว้นแต่มีการแตกหัก (Fracture) หรือเคลื่อน (Dislocation) ของกระดูกสันหลังอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ
- 1.10 สงคราม การรุกราน การกระทำที่มุ่งร้ายของศัตรูต่างชาติ หรือการกระทำที่มุ่งร้ายคล้ายสงคราม ไม่ว่าจะได้มีการประกาศ สงคราม หรือไม่ก็ตาม หรือสงครามกลางเมือง การแข็งข้อ การกบฏ การจลาจล การนัดหยุดงาน การที่ประชาชนก่อความวุ่นวาย ถึงขนาดลุกฮือต่อต้านรัฐบาล การปฏิวัติ การรัฐประหาร การประกาศกฎอัยการศึก หรือเหตุการณ์ใดๆ ซึ่งจะเป็นเหตุให้มีการ ประกาศหรือคงไว้ซึ่งกฎอัยการศึก
- 1.11 การก่อการร้าย
- 1.12 การแผ่รังสี หรือการแผ่รังสีกัมมันตภาพรังสีจากเชื้อเพลิงนิวเคลียร์ หรือจากกากนิวเคลียร์ใดๆ อันเนื่องมาจากการเผาไหม้ของ เชื้อเพลิงนิวเคลียร์และจากกรรมวิธีใดๆ แห่งการแตกแยกตัวกวางนิวเคลียร์ ซึ่งดำเนินติดต่อกันไปด้วยตัวเอง
- 1.13 การระเบิดของกัมมันตภาพรังสี หรือส่วนประกอบของนิวเคลียร์ หรือวัตถุอันตรายอื่นใด ที่ อาจเกิดการระเบิดในกระบวนการ นิวเคลียร์ได้

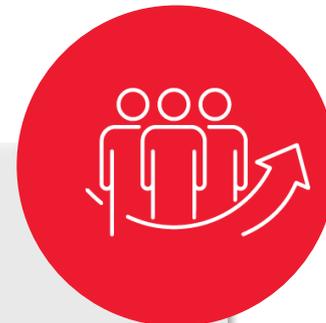
# ข้อยกเว้นทั่วไป

## 2. ความสูญเสียหรือความเสียหายใดๆ ที่เกิดขึ้นในเวลาต่อไปนี้

(เว้นแต่จะได้มีการขยายความคุ้มครอง และมีการออกเอกสารแนบท้ายเพื่อขยายความคุ้มครองดังกล่าว)

- 2.1 หน้าที่ผู้เอาประกันภัย แข่งรถหรือแข่งเรือทุกชนิด แข่งม้า แข่งสกีทุกชนิดรวมถึงเจ็ตสกีด้วย แข่งสเก็ต ชกมวย โดดร่ม (เว้นแต่การโดดร่มเพื่อรักษาชีวิต) ณะกำลังขึ้นหรือกำลังลง หรือโดยสารอยู่ในบอลลูนหรือเครื่องร่อน เล่นบันจี้จัมพ์ ดำน้ำที่ต้องใช้ถังอากาศและเครื่องช่วยหายใจใต้น้ำ
- 2.2 หน้าที่ผู้เอาประกันภัย ขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์
- 2.3 หน้าที่ผู้เอาประกันภัย กำลังขึ้น หรือกำลังลง หรือโดยสารอยู่ในอากาศยาน ที่มีได้จดทะเบียนเพื่อบรรทุกผู้โดยสาร และมีได้ประกอบการโดยสายการบินพาณิชย์
- 2.4 หน้าที่ผู้เอาประกันภัย ขับขี่หรือปฏิบัติหน้าที่เป็นพนักงานประจำอากาศยานใดๆ
- 2.5 หน้าที่ผู้เอาประกันภัย เข้าร่วมทะเลาะวิวาทหรือมีส่วนช่วยให้เกิดการทะเลาะวิวาท
- 2.6 หน้าที่ผู้เอาประกันภัย ก่ออาชญากรรมที่มีความผิดสถานหนัก หรือขณะถูกจับกุม หรือหลบหนีการจับกุม
- 2.7 หน้าที่ผู้เอาประกันภัย ปฏิบัติหน้าที่เป็นทหาร ตำรวจ หรืออาสาสมัคร และเข้าปฏิบัติการในสงครามหรือปราบปราม แต่หากการเข้าปฏิบัติการนั้นเกิน 30 วัน บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยตั้งแต่ระยะเวลาที่เข้าปฏิบัติการสงครามหรือปราบปรามนั้น จนถึงวันสิ้นสุดการปฏิบัติการนั้น ส่วนหลังจากนั้น ให้กรมธรรม์ประกันภัยมีผลบังคับต่อไปจนสิ้นสุดระยะเวลาประกันภัยที่กำหนดไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัย

# คุณสมบัติของผู้เอาประกันภัย



- เป็นลูกค้าสินเชื่อนาการเกียรตินาคินภัทร จำกัด (มหาชน)
- อายุรับประกันภัย 16 ปีขึ้นไป และเมื่อรวมกับระยะเวลาเอาประกันภัยแล้ว ต้องไม่เกินอายุ 70ปี
- จำนวนเงินเอาประกันภัยสูงสุดขึ้นอยู่กับวงเงินสินเชื่อที่ได้รับอนุมัติและสูงสุดไม่เกิน 7,000,000 บาท
- ชั้นอาชีพที่รับประกันภัย 1- 4
- **การคำนวณอายุ วัน/เดือน/ปี ณ วันเริ่มความคุ้มครอง-วัน/เดือน/ปีเกิดของผู้เอาประกัน**  
**(เศษของเดือนปัดทิ้ง)(คำนวณแบบ Age from last birth date)**
- สัญชาติไทย





# การกรอกใบคำขอเอาประกันภัย

3. ส่วนสูง (ซม.) [Height (cm.)] ..... น้ำหนัก (กก.) [Weight (kg.)] ..... สัญชาติ [Nationality] ..... อาชีพปัจจุบัน [Current Occupation] ..... ตำแหน่ง [Position] ..... ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป [Job Description] ..... เงินเดือน/ค่าจ้าง รวมปีละ [Annual Salary/Wage] ..... บาท [Baht] แหล่งที่มา [Source] .....	
4. ผู้รับประโยชน์ [Beneficiary]: ลำดับที่ 1: .....ธนาคารเกียรตินาคินภัทร จำกัด (มหาชน) ..... (ตามภาระผูกพัน) ลำดับที่ 2: .....ทายาทโดยธรรม.....	ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย ลำดับที่ 1: ผู้ให้กู้ ลำดับที่ 2: ทายาทโดยธรรม
5. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย [Period of Insurance]: เริ่มต้นวันที่ ..... เวลา ..... น. สิ้นสุดวันที่ ..... เวลา 24.00 น. From ..... at ..... hours To ..... at 24.00 hours	
6. ความคุ้มครองและจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ต้องการ [Insuring Agreement and Sum Insured] แผน [Plan] ..... ระยะเวลาผ่อนชำระค่างวด[Period of Payment] ..... เบี้ยประกันภัยรวม [Total Premium] ..... การชำระเบี้ยประกันภัย [Payment is paid by ] <input type="checkbox"/> ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัยเป็นผู้ชำระ: Company <input type="checkbox"/> สมาชิกชำระเอง: Staff <input type="checkbox"/> บริษัทและสมาชิกร่วมกันชำระ: Company and staff	

## ข้อที่ 3 :

•ระดับส่วนสูง น้ำหนักและ **ไม่ต้องระบุสัญชาติ**

•ระบุอาชีพปัจจุบัน ตำแหน่ง

•ระบุลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป

•ระบุเงินเดือนค่าจ้าง และ แหล่งที่มา

## ข้อที่ 4 :

•ผู้รับประโยชน์

## ข้อที่ 5 :

•ระบุระยะเวลาขอเอาประกันภัย เริ่มต้นวันที่ และเวลา

## ข้อที่ 6 :

•ระบุแผน

•ระบุระยะเวลาผ่อนชำระค่างวด เบี้ยประกันภัยรวม

•ระบุการชำระเบี้ยประกันภัย

# การกรอกใบคำขอเอาประกันภัย

7. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันภัยชดเชยรายได้ หรือถูกบอกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่? [Have you ever been cancelled Life Insurance or Personal Accident Insurance or Hospital Daily Benefit Insurance, OR had your Insurance cancelled or had renewal declined or had additional premium imposed for such Insurance?]

( ) ไม่เคย [No] ( ) เคย [Yes] ถ้าเคย โปรดระบุ [If yes, please specify]

บริษัท [Company] ..... สาเหตุ [Reason] .....

8. ท่านมีอวัยวะส่วนใดผิดปกติหรือพิการบ้างหรือไม่? [Do you have any disabled part of your body?]

( ) ไม่มี [No] ( ) มี [Yes] ถ้ามี โปรดระบุ [If yes, please specify] .....

ข้อที่ 7 :

•ตอบคำถามเกี่ยวกับการเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือไม่

ข้อที่ 8 :

•ตอบคำถามเกี่ยวกับการมีอวัยวะส่วนใดผิดปกติหรือไม่

# การกรอกใบคำขอเอาประกันภัย

## การให้ข้อมูล คำกรอมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

1. ผู้ขอเอาประกันภัยขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอฯ นี้ รวมถึงข้อมูลที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งผู้ขอเอาประกันภัยเข้าใจว่าหากผู้ขอเอาประกันภัยไม่เปิดเผยความจริง บริษัทฯ จะปฏิเสธการรับประกันภัย และปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย  
[I hereby confirm that all answer provided in this life insurance applications, including the statements provided to the doctor conducting the health check-up, are completely truthful. I am aware of the fact that failure to disclose facts may provide ground for the company to refuse the insurance and to refuse the payment under the policy.]
2. ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีประวัติสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัยที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต เกิดเหตุข้อเท็จจริงให้แก่บริษัทฯ หรือตัวแทนของบริษัทฯ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้  
[I give my consent for the doctor or the insurance company or other person with past or future record of my health to disclose facts to the company or the representative of the company for the purpose of insurance application or payment of compensation under the policy.]
3. ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย  
[I give my consent for the company to compile use and disclose facts pertaining to my health and personal data to Office of Insurance Commission (OIC) for the purpose of regulating the insurance industry.]
4. ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอถอนเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยการเอาประกันภัยหรือไม่  
 มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่ง และเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้เอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) และเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยการเอาประกันภัย โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากสรรพากร เลขที่.....  
 ไม่มีความประสงค์

.....  
ผู้ขอเอาประกันภัย [Proposer's Signature]

.....  
ผู้แทนโดยชอบธรรม [Legal Representative's Signature]

( ..... )

( ..... )

วันที่ [Date] ..... เดือน [Month] ..... พ.ศ. [Year] .....

( ) ตัวแทนประกันวินาศภัย [Agent]	( ) นายหน้าประกันวินาศภัย [Broker]	( ) การประกันภัยโดยตรง [Direct]	ใบอนุญาตเลขที่..... [License No.]
-------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------

### คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สปอ.)

#### [Reminder of Office of Insurance Commission (OIC)]

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

[The applicant shall truthfully answer all questions. Withholding of facts and false statements may provide basis for the insurer to deny payment of compensation under the insurance contract as permitted by Section 865 of the Civil and Commercial Code.]

การให้ข้อมูล คำกรอมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม ข้อ 4 เลือกมีความประสงค์และยินยอม

## ลงชื่อผู้ขอเอาประกัน

- ลูกค้ำผู้ต้องลงชื่อในใบคำขอเอาประกันและ ขอสำเนาบัตรประชาชนลูกค้ำ ที่มีการลงนาม รับรองสำเนาถูกต้อง
- ลงวันที่ เดือน พ.ศ.
- **ลงชื่อนายหน้าประกันวินาศภัย (เจ้าของผลงานที่มีใบอนุญาตฯที่ยังไม่หมดอายุ)**

## ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

- กรณีตอบรับผ่านทาง SMS Link : “ลูกค้าตกลงทำประกันผ่านช่องทาง SMS Link”
- กรณีตอบรับผ่านทาง Email : “ลูกค้าตกลงทำประกันผ่านช่องทาง Email” (จะใช้เฉพาะกรณีที่ SMS Link มีปัญหา)



# ตัวอย่างเอกสารการให้ความยินยอมของผู้เอา ประกันภัยและข้อความยืนยันถ้อยแถลง (KKPGEN PA Long Term แผน 2 ล้าน – 7 ล้าน)

## ลงลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

- ลงชื่อผู้เอาประกันภัย
- กรณีตอบรับผ่านทาง SMS Link : “ลูกค้าตกลงทำประกันผ่านช่องทาง SMS Link”
  - กรณีตอบรับผ่านทาง Email : “ลูกค้าตกลงทำประกันผ่านช่องทาง Email” (จะใช้เฉพาะกรณีที่ SMS Link มีปัญหา)




การให้ความยินยอมของผู้เอาประกันภัยและข้อความยืนยันถ้อยแถลง

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อมูลบุคคลในใบคำขอขอประกันภัยและเอกสารอื่น ๆ มีลักษณะจริง และไม่มีประวัติดู (ประวัติ) เอกสารอื่นใดที่ขัดแย้งกับเอกสารขอประกันภัย และพร้อมที่จะปฏิบัติตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่ข้าพเจ้าได้แจ้งไว้ หากข้าพเจ้าไม่พอใจหรือมีความจริงใจไม่ตรงจะปฏิเสธการรับประกันภัย และปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมชดเชยประกันภัย
- ข้าพเจ้า และหรือผู้คนโดยชอบธรรม มีเจตนาดีโดยแท้ หรือมีลักษณะดี หรือสามารถชดเชย หรือผู้คนอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลถูกต้อง ความดีความชอบ ความดีความชอบ ชัยคุณ พินิจสุพรรณ เจตนาดี ของข้าพเจ้า และหรือผู้คนที่มีนามมา หรือจะมีเจตนาดีไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้กับบริษัท หรือผู้คนของกรมธรรม์ เพื่อการขอประกันภัย การพิจารณาประกันภัย หรือการจ่ายค่าสินไหมชดเชยประกันภัยได้
- ข้าพเจ้า และหรือผู้คนโดยชอบธรรม มีเจตนาดีโดยแท้ หรือมีลักษณะดี หรือมีลักษณะดี ชัยคุณ พินิจสุพรรณ เจตนาดี ของข้าพเจ้า และหรือผู้คนที่มีนามมา หรือจะมีเจตนาดีไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้กับบริษัท หรือผู้คนของกรมธรรม์ เพื่อการขอประกันภัย การพิจารณาประกันภัย หรือการจ่ายค่าสินไหมชดเชยประกันภัยได้
- ข้าพเจ้าได้แจ้งว่า หากข้าพเจ้ามีเจตนาความยินยอมตามข้อ 2 หรือข้อ 3 ที่มิใช่โดยแท้ เจตนาดีหรือเจตนาดีจริง หรือมีเจตนาดีจริงแต่ไม่ตรงตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้ใบการใด ๆ ที่ขัดแย้งกับกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะสมัครให้บริษัทไม่ยอมรับปฏิญานฉบับนี้ในกรณีการรับประกันภัย ซึ่งจะมิถือได้ว่าข้าพเจ้ามิได้ริบหรี่ความยินยอมตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทขอรับทราบรายได้ และหรือข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลอื่นใดในเอกสารนี้ เพื่อการขอประกันภัย การพิจารณาประกันภัย การจ่ายค่าสินไหมชดเชยประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน <https://www.generalithailand.com/th/privacy-information> รวมถึงรับทราบว่า บริษัทขอเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าเพื่อนำมาใช้ในการพิจารณาการรับประกันภัยและอื่น ๆ ประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน สปค.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแล และส่งเสริมธุรกิจประกันภัยของหน่วยงานว่าด้วยประกันภัย และดูแลความน่าเชื่อถือและการดำเนินงานและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย และเพื่อสิทธิการบริการตาม <https://www.generalithailand.com/th/privacy> และเพื่อวัตถุประสงค์อื่นตามที่ปรากฏใน <https://www.generalithailand.com/th/privacy> และ <https://www.generalithailand.com/th/privacy>
- เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลนี้โดยชอบธรรม ข้าพเจ้าได้ทำใจดีเกี่ยวกับการขอประกันภัย การพิจารณาประกันภัย หรือการจ่ายค่าสินไหมชดเชยประกันภัย
  - ข้าพเจ้ารับทราบ และรับทราบว่า ข้าพเจ้าได้ให้ความยินยอม และความยินยอมของผู้เอาประกันภัยและผู้คนอื่นใดที่ข้าพเจ้าได้แจ้งไว้ และจะปฏิบัติตามข้อกำหนดที่เปลี่ยนแปลงไป ในข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คนอื่นใดที่ข้าพเจ้าได้แจ้งไว้ (ขออนุมัติ)
  - ข้าพเจ้ารับทราบ และรับทราบว่า ข้าพเจ้าได้ให้ความยินยอม หรือสามารถชดเชยตามกฎหมายอื่นที่ข้าพเจ้ารับทราบ <https://www.generalithailand.com/th/privacy> และหรือผู้คนโดยชอบธรรมและผู้คนอื่นที่มีนามมาตามที่ข้าพเจ้าได้แจ้งไว้
  - ข้าพเจ้ารับทราบ และรับทราบว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน <https://www.generalithailand.com/th/privacy> ซึ่งมีกรมธรรม์คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลที่ปรากฏใน <https://www.generalithailand.com/th/privacy> และหรือผู้คนโดยชอบธรรมที่มีนามมาเพื่อการพิจารณาการรับประกันภัย และส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน สปค.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแล และส่งเสริมธุรกิจประกันภัยของหน่วยงานว่าด้วยประกันภัย และดูแลความน่าเชื่อถือและการดำเนินงานและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย และเพื่อสิทธิการบริการตาม <https://www.generalithailand.com/th/privacy> และ <https://www.generalithailand.com/th/privacy>
  - ข้าพเจ้ารับทราบ และรับทราบว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน <https://www.generalithailand.com/th/privacy> และหรือผู้คนโดยชอบธรรมที่มีนามมาเพื่อการพิจารณาการรับประกันภัย และส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน สปค.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแล และส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยของหน่วยงานว่าด้วยประกันภัย และดูแลความน่าเชื่อถือและการดำเนินงานและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย และเพื่อสิทธิการบริการตาม <https://www.generalithailand.com/th/privacy> และ <https://www.generalithailand.com/th/privacy>

ลงชื่อ \_\_\_\_\_  
( )

ผู้ถือคำยินยอมในฐานะผู้เอาประกันภัยโดยชอบธรรมผู้ซึ่งมีนามมาในคำขอของผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยมิใช่ในร่างลูกบิดา)

ลงชื่อ \_\_\_\_\_  
( )

ผู้ถือประกันภัย

**ความยินยอมให้ใช้ข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อวัตถุประสงค์ทางการตลาด**

ผู้ถือประกันภัย (ข้าพเจ้า) ยินยอมให้เจตนาดี มีเจตนาดีโดยแท้ และไม่มีประวัติดู (ประวัติ) ที่เกี่ยวข้อง ข้าพเจ้า และผู้คนโดยชอบธรรมและผู้คนอื่นใดที่ข้าพเจ้าได้แจ้งไว้ ข้าพเจ้า หรือมีเจตนาดีไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้กับบริษัท หรือผู้คนของกรมธรรม์ เพื่อการขอประกันภัย การพิจารณาประกันภัย หรือการจ่ายค่าสินไหมชดเชยประกันภัย

ยินยอม  ไม่ยินยอม

ลงชื่อ \_\_\_\_\_  
( )

ผู้ถือคำยินยอมในฐานะผู้เอาประกันภัยโดยชอบธรรมผู้ซึ่งมีนามมาในคำขอของผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยมิใช่ในร่างลูกบิดา)

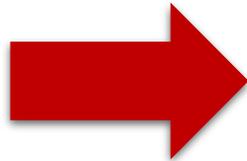
ผู้ถือประกันภัย

 1394
  Generali Thailand
  @GeneraliThailand
  [www.generalithailand.com](https://www.generalithailand.com)





# วันเริ่มความคุ้มครอง (Effective Date )

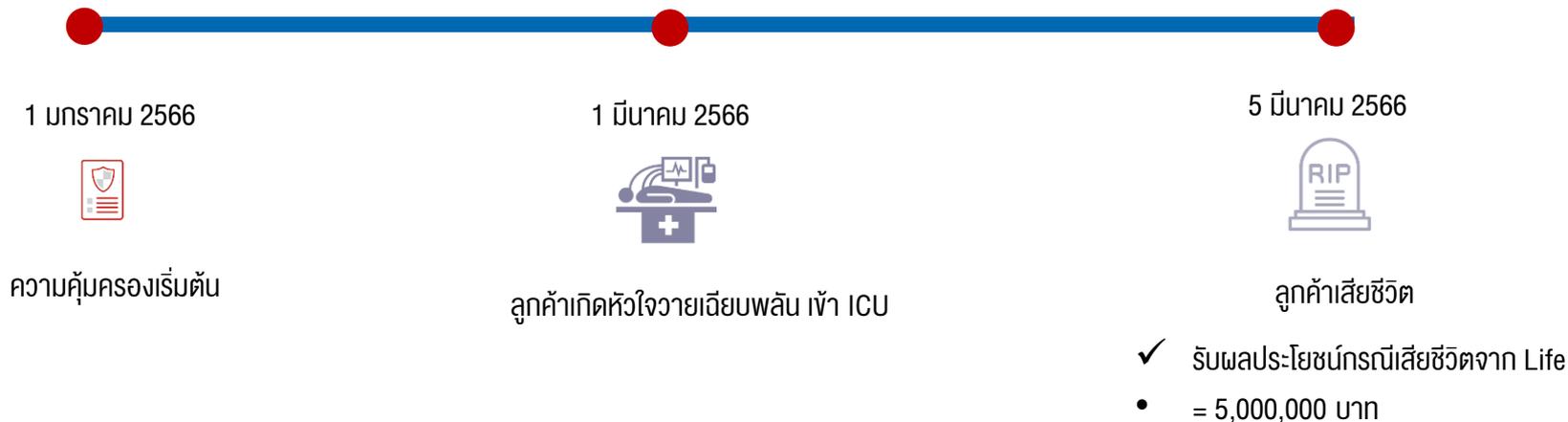


วันที่ลูกค้าทำนิติกรรมกับทางธนาคาร

# การเรียกร้องสินไหมทดแทน

# ตัวอย่างการจ่ายผลประโยชน์ (#1)

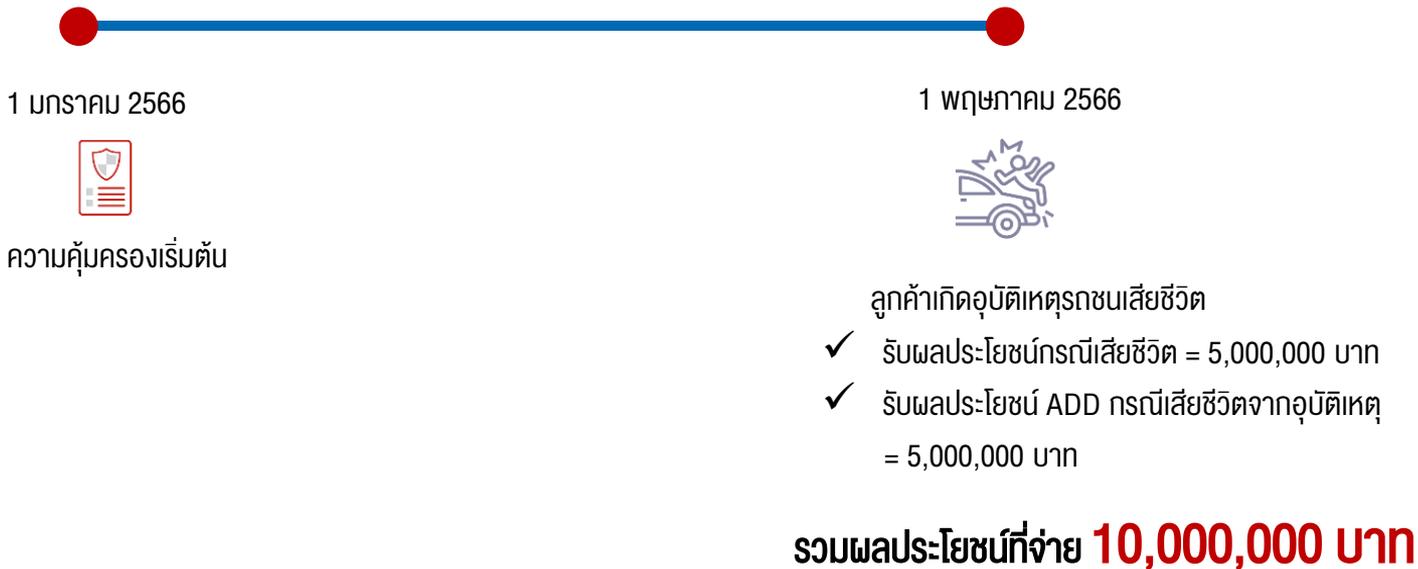
ผู้เอาประกันภัย ชื่อ KKPGEN Home Loan Care Plan 1 กู้เอาประกันภัย 5,000,000 บาท วันเริ่มความคุ้มครองคือ 1 มกราคม 2566



รวมผลประโยชน์ที่จ่าย **5,000,000 บาท**

# ตัวอย่างการจ่ายผลประโยชน์ (#2)

ผู้เอาประกันภัย ชื่อ KKPGEN Home Loan Care Plan 1 กู้เงิน 5,000,000 บาท วันเริ่มความคุ้มครองคือ 1 มกราคม 2566



# ตัวอย่างการจ่ายผลประโยชน์ (#3)

ผู้เอาประกันภัย ชื่อ KKPGEN Home Loan Care Plan 1 ทุนเอาประกันภัย 5,000,000 บาท วันเริ่มความคุ้มครองคือ 1 มกราคม 2566



ความคุ้มครองเริ่มต้น

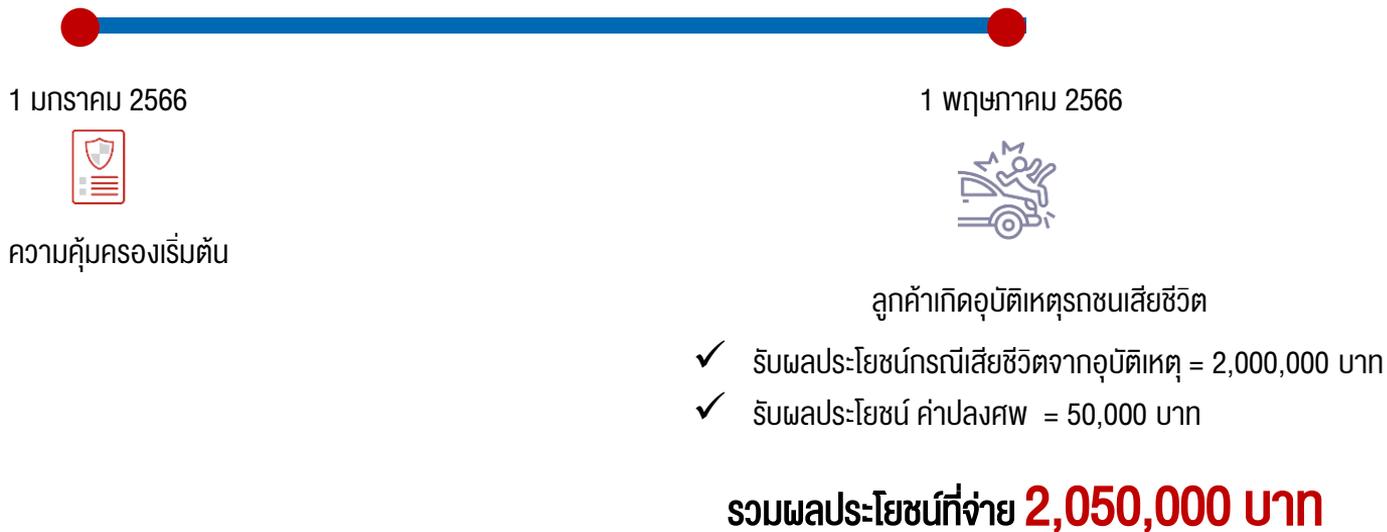
ลูกค้าเกิดอุบัติเหตุรุนแรงโดยสาธารณภัยเสียชีวิต

- ✓ รับผลประโยชน์กรณีเสียชีวิต = 5,000,000 บาท
- ✓ รับผลประโยชน์ ADD กรณีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุสาธารณภัย =  $5,000,000 \times 2 = 10,000,000$  บาท

รวมผลประโยชน์ที่จ่ายตลอดอายุสัญญา **15,000,000 บาท**

# ตัวอย่างการจ่ายผลประโยชน์ (#4)

ผู้เอาประกันภัย ชื่อ KKPGEN PA Long Term ทุนเอาประกันภัย 2,000,000 บาท วันเริ่มความคุ้มครองคือ 1 มกราคม 2566



# ตัวอย่างการจ่ายผลประโยชน์ (#5)

ผู้เอาประกันภัย ชื่อ KKPGEN PA Long Term ทุนเอาประกันภัย 2,000,000 บาท วันเริ่มความคุ้มครองคือ 1 มกราคม 2566

1 มกราคม 2566



ความคุ้มครองเริ่มต้น

1 พฤษภาคม 2566



ลูกค้ำเกิดอุบัติเหตุเสียชีวิตจากการจับที่รถจักรยานยนต์

- ✓ รับผลประโยชน์กรณีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ = 1,000,000 บาท
- ✓ รับผลประโยชน์ ค่าปลงศพ = 50,000 บาท

**รวมผลประโยชน์ที่จ่าย 1,050,000 บาท**

# การเรียกร้องสินไหมทดแทน

## กรณีเสียชีวิต

1. ใบคำร้องขอรับประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันชีวิตตามแบบฟอร์มของบริษัท
2. สำเนาใบมรณบัตร และสำเนาหนังสือรับรองการตาย
3. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกัน และผู้รับประโยชน์ทุกคนตามกรมธรรม์
4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกัน และผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์
5. ใบรายงานแพทย์ผู้ให้การรักษา
6. หนังสือยินยอมเปิดศพประวัติการรักษา
7. ใบรับรองการเอาประกันภัย

กรณีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ หรือ พิธีกรรมชาติ ต้องมีเอกสารเพิ่มเติมดังนี้

1. สำเนาบันทกประจำวันข้อไปตรวจสอบสถานที่เกิดเหตุของเจ้าหน้าที่ตำรวจ
2. สำเนาบันทกประจำวันข้อกลับจากตรวจสอบสถานที่เกิดเหตุของเจ้าหน้าที่ตำรวจ
3. ใบขึ้นสูตรพลิกศพ และ รายงานการตรวจศพ

## กรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง

1. แบบฟอร์มใบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
2. ใบรายงานแพทย์ผู้ให้การรักษา
3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
4. เอกสารประกอบ เช่น พัลส์เอ็กซ์เรย์, ภาพถ่าย, บันทกประจำวัน ฯลฯ

รายละเอียด	ระยะเวลา
ชำระสินไหมทดแทน (ไม่ต้องตรวจสอบ)	ภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับการเรียกร้องสินไหม
การพิจารณาและชำระสินไหมทดแทน (ต้องตรวจสอบเพิ่มเติม)	ภายใน 30 วันนับจากวันที่ได้รับการเรียกร้องสินไหม
รายงานความคืบหน้าการพิจารณาและการชำระสินไหมทดแทนของลูกค้ายานาค	ทุกวันที่ 5 ของเดือน

# เอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมบรรณกรรม

## ช่องทางรายสำเนาและประกันกลุ่มคุ้มครองสินเชื่อ

 สำเนาใบมรณบัตร 5 ชุด	 สำเนาใบสำคัญการสมรส (กรณีจดทะเบียนสมรส) 5 ชุด	 คำร้องขอรับประโยชน์ สินไหมบรรณกรรม	 หนังสือให้ความยินยอม และมอบอำนาจเกี่ยวกับ ข้อมูล	 ใบรายงานแพทย์ บรรณกรรม และ ประวัติการรักษา (ถ้ามี)
 สำเนาทะเบียนบ้านที่มีการ ประทับตราจำหน่าย ชื่อว่า "ตาย" ของผู้เอา ประกันภัย 5 ชุด	 สำเนาบัตรประจำตัว ประชาชน และสำเนา ทะเบียนบ้านของผู้รับ ประโยชน์ 5 ชุด	 สำเนาหนังสือรับรอง การตาย	 สำเนาหน้าสมุดบัญชี ธนาคาร ของผู้รับประโยชน์ทุก ท่าน	
 สำเนาบัตรประจำตัว ประชาชนของผู้เอา ประกันภัย 5 ชุด				



ภาพถ่ายคู่กับบัตร  
ประชาชนของผู้รับ  
ประโยชน์ทุกท่าน



1. เอกสารทุกฉบับ จะต้องรับรองสำเนาเอกสารด้วยปากกาสีน้ำเงินเท่านั้น
2. หากเอกสารไม่ครบถ้วนถูกต้อง บริษัทสงวนสิทธิ์ในการออกจดหมายร้องขอเอกสารเพิ่มเติม จนกว่าจะได้รับเอกสารครบถ้วนถูกต้อง
3. หากจดหมายร้องขอเอกสารเพิ่มเติม นั้น เกินกว่าระยะเวลาที่กำหนด บริษัทสงวนสิทธิ์ในการตัดยกเลิกรายการสินไหมนั้น



ใบคำร้องขอรับผลประโยชน์สินไหมมรณกรรม  
(รายบุคคล)

วันที่ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

กรุณากรอกคำร้องขอรับผลประโยชน์สินไหมมรณกรรมบุคคลหนึ่ง และแจ้งการเสียชีวิตแก่บริษัทภายใน 14 วัน นับตั้งแต่วันที่ผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต

(ส่วนที่ 1)

**รายละเอียดคดีไขข้อสงสัยชีวิต**

ชื่อ-นามสกุล(นามก่อนสมรส) ..... อายุ ..... ปี  เป็นผู้เอาประกันภัย  เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

อาชีพ ..... เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ..... กรมธรรม์เลขที่ .....

ที่อยู่ปัจจุบัน .....

สถานที่ทำงาน .....

ชื่อตามบัตรประชาชน ..... อายุ ..... ปี ปัจจุบันอยู่ร่วมกับใครบ้าง  อยู่ผู้ร่วมกับ  ไม่ได้อยู่ร่วมกับ

มีภรรยาหรือมีบุตรหรือไม่  มี  ไม่มี หากมีบุตรหรือมีเมีย ..... คน คนนี้

1) ..... อายุ ..... ปี 3) ..... อายุ ..... ปี

2) ..... อายุ ..... ปี 4) ..... อายุ ..... ปี

กรุณาระบุรายละเอียดกรณีผู้เสียชีวิตเป็นประกันชีวิตหรือเป็นประกันชีวิตกับบริษัทอื่น

ชื่อบริษัทประกัน	หมายเลขกรมธรรม์	จำนวนเงินเอาประกันภัย

(ส่วนที่ 2)

**รายละเอียดการเสียชีวิต**

เสียชีวิตเมื่อวันที่ ..... เวลา ..... น. สถานที่เสียชีวิต ..... จังหวัด .....

สาเหตุการเสียชีวิต .....

มีการแจ้งความหรือไม่  มี  ไม่มี หากมีแจ้งเรื่องให้มอบ ..... สถานพยาบาล

กรุณาระบุโรงพยาบาลรับรักษาและแพทย์ที่รับรองการ

ก่อนเสียชีวิตผู้เอาประกันภัย .....

รักษาที่โรงพยาบาลเมื่อ ..... สถานพยาบาลโรงพยาบาล .....

รักษาครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ ..... สถานพยาบาลโรงพยาบาล .....

(ส่วนที่ 3)

(1) จำนวนเอกสารที่ต้องยื่น

**รายละเอียดผู้ยื่นเรื่องขอรับสินไหม**

1. ชื่อ-นามสกุล(นามก่อนสมรส) ..... อายุ ..... ปี  เป็นผู้ยื่นเรื่อง  เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิต ..... น.ชื่อกร ..... น.ชื่อล ..... น.ชื่อป ..... น.ชื่อป ..... น.ชื่อป

ที่อยู่ปัจจุบันและสถานที่ติดต่อที่ ..... รหัสไปรษณีย์ .....

กรณีผู้ยื่นเรื่องขอรับสินไหมอายุต่ำกว่า 20 ปี กรุณาระบุผู้ปกครอง .....

ความสัมพันธ์ .....

อาชีพหรือการดำเนินงานในตำแหน่งและการดำเนินงานประจำตัวผู้ยื่นเรื่องขอรับสินไหมของบุตร ..... เลขที่ .....

พร้อมแนบสำเนาหน้าบัญชีการส่งค่า หรือ แนบใบของสำนักงานผู้ถือปกครองการพิจารณา

2. ชื่อ-นามสกุล(นามก่อนสมรส) ..... อายุ ..... ปี  เป็นผู้ยื่นเรื่อง  เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิต ..... น.ชื่อกร ..... น.ชื่อล ..... น.ชื่อป ..... น.ชื่อป ..... น.ชื่อป

ที่อยู่ปัจจุบันและสถานที่ติดต่อที่ ..... รหัสไปรษณีย์ .....

กรณีผู้ยื่นเรื่องขอรับสินไหมอายุต่ำกว่า 20 ปี กรุณาระบุผู้ปกครอง .....

ความสัมพันธ์ .....

อาชีพหรือการดำเนินงานในตำแหน่งและการดำเนินงานประจำตัวผู้ยื่นเรื่องขอรับสินไหมของบุตร ..... เลขที่ .....

พร้อมแนบสำเนาหน้าบัญชีการส่งค่า หรือ แนบใบของสำนักงานผู้ถือปกครองการพิจารณา

ถ้าทำขึ้นเมื่อมีแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ที่ทำการตรวจและรักษาผู้เสียชีวิต หรือบุคคลในครอบครัวของผู้ยื่นเรื่องมีอำนาจแห่งความตาย ที่เกี่ยวข้องการเงิน ทรัพย์สิน การจัดการ ในสัญญา และสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ทั้งหมด ค่ะขอรับ หรือผู้ได้รับมอบหมายจากบริษัท จนถึงท่านเป็นฉบับเดิมมีที่หัวหน้าบริษัทเป็นผู้รับผิดชอบด้วยตัวคุณเองทุกประการ

<p>ลงชื่อ .....</p> <p>(.....)</p> <p>ผู้ยื่นเรื่องผู้มีอำนาจยื่นขอ (1)</p> <p>วันที่ .....</p>	<p>ลงชื่อ .....</p> <p>(.....)</p> <p>ผู้ยื่นเรื่องผู้มีอำนาจยื่นขอ (2)</p> <p>วันที่ .....</p>
---	---





**ใบคำร้องขอรับผลประโยชน์สินไหมบรรณกรรม**  
(รายบุคคล)

วันที่ ..../..../.....

กรุณากรอกคำร้องเพื่อขอรับผลประโยชน์สินไหมบรรณกรรมให้ครบถ้วน และแจ้งรายละเอียดวันรับเงินค่าไถ่ภายใน 14 วัน นับตั้งแต่วันที่ผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต

**รายละเอียดก่อนเกิดอุบัติเหตุ** (ส่วนที่ 1)

ชื่อ-นามสกุล(นามก่อนสมรส).....อายุ.....ปี  ปีผู้รับผลประโยชน์  ปีผู้จ่ายผลประโยชน์  
อาชีพ..... เหตุที่จ่ายผลประโยชน์..... กรมธรรม์เลขที่.....  
ที่อยู่ปัจจุบัน.....  
สถานที่ทำงาน.....  
ชื่อตัวอักษร..... อายุ.....ปี ปัจจุบันอยู่ร่วมกับผู้อื่น  อยู่ร่วมกับ  ไม่มีที่อยู่ร่วมกับ  
มีบุตรหรือมีบุตรบุญธรรม  มี  ไม่มี หากมีบุตรบุญธรรม..... รายเดือนจำนวน..... คน ดังนี้  
1)..... อายุ.....ปี 2)..... อายุ.....ปี  
2)..... อายุ.....ปี 3)..... อายุ.....ปี  
3)..... อายุ.....ปี 4)..... อายุ.....ปี  
กรุณาระบุรายละเอียดการเป็นผู้เสียชีวิตหรือประกันภัยไว้บนฉลากนี้ด้วย

ชื่อผู้รับประกัน	หมายเลขกรมธรรม์	จำนวนเงินเอาประกันภัย

**รายละเอียดการเสียชีวิต** (ส่วนที่ 2)

เสียชีวิตเมื่อวันที่..... เวลา..... น. สถานที่เสียชีวิต..... จังหวัด.....  
สาเหตุการเสียชีวิต..... ทางการแพทย์.....  
มีอายุถึงวาระหรือไม่  มี  ไม่มี หากมีถึงวาระเมื่อวันที่..... สถานที่ของ.....  
กรุณาระบุโรงพยาบาลประกันสังคม/สิทธิบัตรของโรงพยาบาล.....  
ก่อนเสียชีวิตผู้เอาประกันภัยทำการ.....  
รักษาที่รพ.อื่นหรือไม่..... สถานพยาบาลโรงพยาบาล.....  
รักษาที่รพ.ท่านอื่นหรือไม่..... สถานพยาบาลโรงพยาบาล.....

**จำนวนเงินขอรับผลประโยชน์** (ส่วนที่ 3)

**รายละเอียดผู้เรียกร้องเงินสินไหม**

1. ชื่อ-นามสกุล(นามก่อนสมรส).....อายุ.....ปี  ปีผู้รับผลประโยชน์  ปีผู้จ่ายผลประโยชน์  
ความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิต..... นามสกุล.....-วันเกิด.....  
ที่อยู่ปัจจุบันและสามารถติดต่อได้..... รหัสไปรษณีย์.....  
อาชีพ..... สถานที่ทำงาน..... รหัสไปรษณีย์.....  
กรณีผู้เรียกร้องเงินสินไหมอายุต่ำกว่า 20 ปี กรุณาระบุผู้ปกครอง..... ความสัมพันธ์.....  
เจ้าพนักงานรับเงินสินไหมตามใบคำร้องขอรับเงินสินไหมอยู่คนเดียวหรือไม่.....  
พร้อมแนบสำเนาหนังสือราชการดังกล่าว พร้อมใบของสำนักงานผู้ลงทะเบียนการเสียชีวิต

2. ชื่อ-นามสกุล(นามก่อนสมรส).....อายุ.....ปี  ปีผู้รับผลประโยชน์  ปีผู้จ่ายผลประโยชน์  
ความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิต..... นามสกุล.....-วันเกิด.....  
ที่อยู่ปัจจุบันและสามารถติดต่อได้..... รหัสไปรษณีย์.....  
อาชีพ..... สถานที่ทำงาน..... รหัสไปรษณีย์.....  
กรณีผู้เรียกร้องเงินสินไหมอายุต่ำกว่า 20 ปี กรุณาระบุผู้ปกครอง..... ความสัมพันธ์.....  
เจ้าพนักงานรับเงินสินไหมตามใบคำร้องขอรับเงินสินไหมอยู่คนเดียวหรือไม่.....  
พร้อมแนบสำเนาหนังสือราชการดังกล่าว พร้อมใบของสำนักงานผู้ลงทะเบียนการเสียชีวิต

เจ้าพนักงานขอรับเงินสินไหม โรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ก็ให้ทำการขอและรักษาผู้เสียชีวิต หรือบุคคลในครอบครัวของผู้เรียกร้องเงินค่าไถ่  
พร้อมหลักฐานที่เกี่ยวข้อง ประสิทธิภาพแพทย์ การรักษาก่อน ในโรงพยาบาล และสำเนาเอกสารประสิทธิภาพการแพทย์ทั้งหมด คือประวัติ หรือผู้สืบค้นจนทราบ  
ประวัติฯ แล้วสำเนาใบมอบเงินค่าไถ่พร้อมประวัติฉบับนี้ให้ผู้ประกอบการ

ลงชื่อ..... (.....) วันที่..... ผู้เรียกร้องเงินสินไหม (1)	ลงชื่อ..... (.....) วันที่..... ผู้เรียกร้องเงินสินไหม (2)
---	---

ใบคำร้องขอรับผลประโยชน์สินไหมบรรณกรรม  
(ประกันวินาศภัย)



# ติดต่อเรา...เงินออราลี

## ส่วนสนับสนุนธุรกิจช่องทาง (BA Support)

- ☎ 02-022-8299  
นอกเวลาทำการสามารถติดต่อเจ้าหน้าที่ดูแลสาขา
- ✉ BASUPPORT@generalico.th

## บริการด้านกรมธรรม์

(ข้อมูลเปลี่ยนแปลงแก้ไข/การเวนคืน/ขอใช้สิทธิตามกรมธรรม์)

- ☎ 02-685-3828 ต่อ 539
- ✉ POSLife@generalico.th

## พิจารณารับประกันและออกกรมธรรม์

- ☎ 02-685-3828 ต่อ 546,827
- ✉ BALIFEUW@generalico.th

ติดต่อในเวลาราชการ  
วันจันทร์-ศุกร์  
เวลา 8:30-17:00 น.

## ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์

(ข้อมูลเกี่ยวกับความคุ้มครอง เว็บบอร์ดกรมธรรม์)

GENERALI  
CARE  
CENTER



1394

วันและเวลาราชการ

วันจันทร์ - วันศุกร์ เวลา 08:30 - 20:00 น.

วันเสาร์ เวลา 08:30 - 17:00 น.

LINE GeneraliThailand

f Generali Thailand

✉ info@generalico.th

www.generalico.th



# คำถาม - คำตอบ

## คำถาม

## คำตอบ

Q

แบบประกัน KKPGEN PA Long Term หากเสียชีวิตจากโรคร้ายไข้เจ็บจะได้รับจำนวนเอาประกันภัยเท่าไร ?

ได้รับค่าปลงศพหรือค่าใช้จ่ายในการจัดการงานศพ กรณีเสียชีวิตจากการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย (ระยะเวลารอคอยกรณีเจ็บป่วย 180 วัน)

A

Q

ค่าเบี้ยประกันภัย มีการเปลี่ยนแปลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นหรือไม่?

อัตราเบี้ยประกัน ไม่เปลี่ยนแปลงตามอายุ เบี้ยประกันขึ้นอยู่กับแผนที่คุณเลือก

A

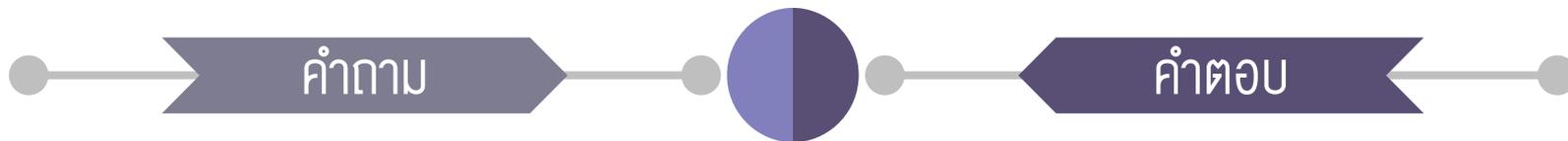
Q

วิธีการนับอายุลูกค้าในการกรอกใบคำขอเอาประกันภัย?

การคำนวณอายุ : วัน/เดือน/ปี ณ วันเริ่มความคุ้มครอง หักวัน/เดือน/ปีเกิดของผู้เอาประกันภัย (เศษของเดือนปัดทิ้ง)

A

# คำถาม - คำตอบ



Q

ลูกค้าอายุ 70 ปี ทำได้ไหม?

ทำได้ เพราะรับประกันถึงอายุ 70 ปี 364 วัน

A

Q

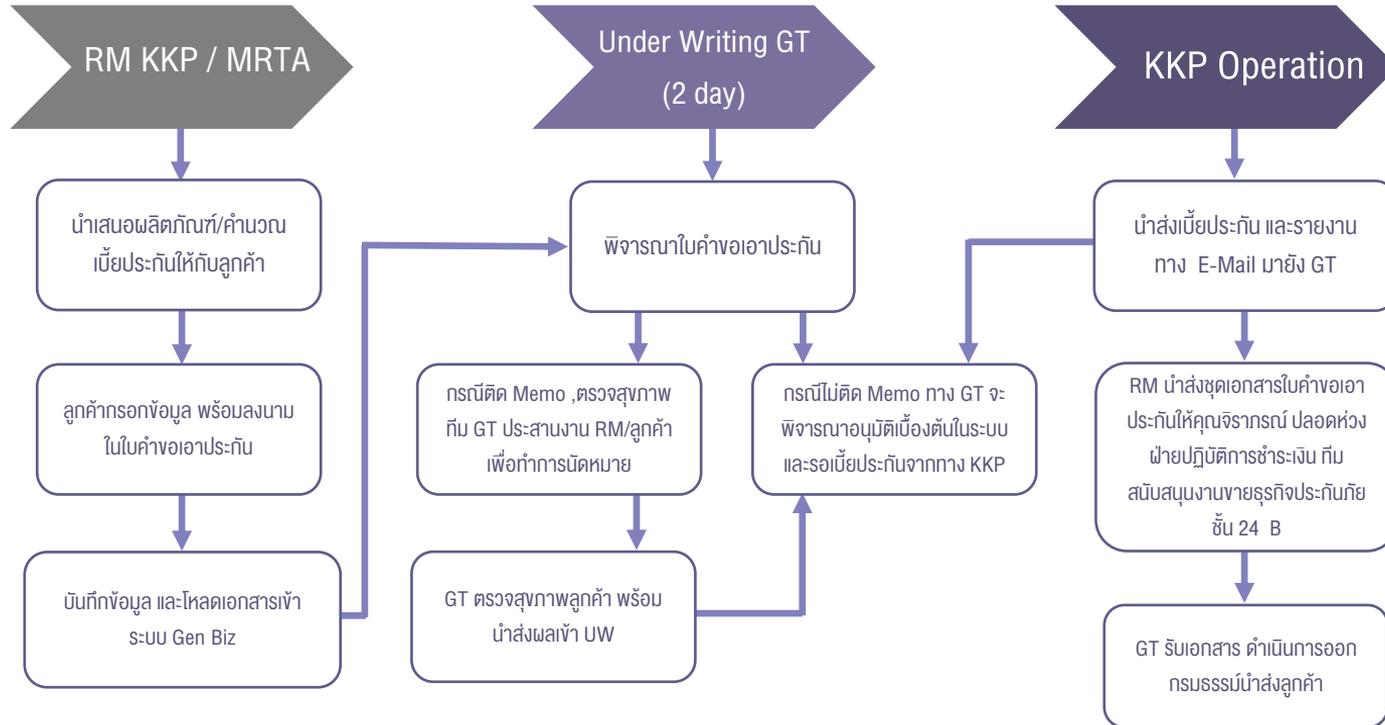
แบบประกัน PA Long Term มีด้วยกันกี่แผน

แผน 2 ล้าน – 7 ล้าน

A

# Non-Branch Sales Support Structure

# Flow Chart MRTA



## Non-Branch Sales Support Structure



**Sathaporn Kaolek**

Bancassurance (KKP)

Head Sales of Non-Branch Channel  
(Auto Finance & Consumer Finance)

Financial Institution Business

082-663-6462

E-Mail : [sathapornk@generali.co.th](mailto:sathapornk@generali.co.th)



**Nikorn Promthong**

นิกร พรหมทอง (หนึ่ง)

เบอร์ 089-684-0574

E-Mail : [nikornp@generali.co.th](mailto:nikornp@generali.co.th)

# QR CODE เอกสารการอบรม



ประเมินผลการอบรมหลักสูตร

Refresh Home Loan.

วันที่ : 3 ตค. 66

สถานที่ : MS Team

วิทยากร : วิทยา

แบบประเมินผลการอบรม



แบบทดสอบ MRTA/PA Long team



# Sales Sheet

# โครงการประกันชีวิต

## คุ้มครองสินเชื่อบ้าน

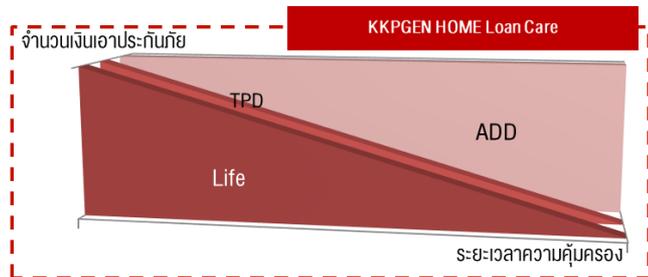


### เงื่อนไขการรับประกันภัย

- เป็นผู้ขอสินเชื่อบ้านของธนาคารเกียรตินาคินภัทร จำกัด (มหาชน)
- อายุระหว่าง 20-65 ปี **และเมื่อรวมกับระยะเวลาเอาประกันภัยแล้วไม่เกินอายุ 70 ปี**  
การคำนวณอายุ : นำปีพ.ศ.ของวันที่สินเชื่อบุคคล ตั้ง ลบด้วยปี พ.ศ.เกิดของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย
- ระยะเวลาเอาประกันภัย 1-15 ปี / 20 ปี / 25 ปี / 30 ปี

### แผนความคุ้มครอง “KKPGEN HOME Loan Care”

รายละเอียด	Home Loan
1. คุ้มครองการเสียชีวิตจาก (LIFE) เจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ (จำนวนเงินเอาประกันภัยลดลงตามตารางทุนลด)	✓
2. ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (TPD) ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง เจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ (จำนวนเงินเอาประกันภัยลดลงตามตารางทุนลด)	✓
3. คุ้มครองการเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ และทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร เนื่องจาก อุบัติเหตุ (ADD) (จำนวน 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัยเริ่มต้น )	✓



**ความคุ้มครอง**

1. **กรณีเสียชีวิต (Life)** บริษัทจะจ่ายเงินผลประโยชน์เท่ากับจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ลดลงเมื่อสมาชิกผู้เอาประกันภัยเสียชีวิตให้กับผู้รับประโยชน์หลักหากเหลือ (ถ้ามี) จะจ่ายให้กับผู้รับประโยชน์รอง

2. **ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (TPD)** หมายถึง การทุพพลภาพถึงขนาดไม่สามารถประกอบหน้าที่การงานใดๆ ในอาชีพประจำและอาชีพ อื่นๆ ได้โดยสิ้นเชิงตลอดไป และการทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงนั้นเกิดต่อเนื่องเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 180 วัน

3. **อุบัติเหตุ (ADD)** หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันจากปัจจัยภายนอกร่างกายและทำให้เกิดผลที่ผู้เอาประกันภัยมีได้เจตนาหรือมุ่งหวัง

หากการสูญเสียเกิดจากสาเหตุดังต่อไปนี้ จะได้ค่าชดเชยเป็น 2 เท่า

1. ยานพาหนะสาธารณะ (จกทะเบียน) / ลิฟท์ สาธารณะ
2. ไฟไหม้โรงแรมหรือ อาคารสาธารณะ

ชื่อแบบประกันภัย KKPGEN HOME LOAN CARE นี้ เป็นชื่อทางการตลาด ซึ่งในกรมธรรม์จะระบุชื่อ กรมธรรม์ประกันชีวิตกลุ่มแบบคุ้มครองเงินกู้



## ตัวอย่างกรณีข้อยกเว้นความคุ้มครอง

1. กรณีผู้เอาประกันภัยไม่เปิดเผยข้อเท็จจริง หรือแถลงข้อเท็จจริง บริษัทฯ จะบอกล้างสัญญาภายใน 1 ปี นับจากวันทำสัญญา หรือวันต่ออายุกรมธรรม์หรือวันกลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์ครั้งสุดท้าย
2. กรณีผู้เอาประกันภัยฆ่าตัวตายด้วยใจสมัครภายใน 1 ปี นับแต่วันทำสัญญา หรือวันต่ออายุกรมธรรม์ หรือวันกลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์ครั้งสุดท้าย หรือกรณีถูกผู้รับประโยชน์ฆ่าตายโดยเจตนา
3. ผู้เอาประกันภัยควรศึกษารายละเอียดข้อยกเว้นเพิ่มเติมจากกรมธรรม์

## สิทธิของผู้เอาประกันภัย

1. สิทธิในการยกเลิกกรมธรรม์ Free Look ผู้เอาประกันภัยมีสิทธิยกเลิกกรมธรรม์ได้ โดยผู้เอาประกันภัยต้องส่งคืนหนังสือรับรองการประกันชีวิตมายังบริษัทภายใน 15 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือรับรองการประกันชีวิต และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือจากการหักค่าตรวจสุขภาพ (ถ้ามี) และ ค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ 500 บาท (กรณีที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว สมาชิกผู้เอาประกันภัยไม่มีสิทธิยกเลิกกรมธรรม์)
2. สิทธิในการเวนคืนกรมธรรม์ ผู้เอาประกันภัยจะได้รับเงินคืนไม่เต็มจำนวนของเบี้ยประกันภัยที่ชำระมาแล้ว
3. การใช้สิทธิหักลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา
  - 2.1 เบี้ยประกันชีวิต ไม่สามารถนำไปอ้างอิงการใช้สิทธิหักลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา ตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากร ฉบับที่ 172 ในระยะเวลาเอาประกันภัยที่ต่ำกว่า 10 ปี
  - 2.2 เบี้ยประกันชีวิต สามารถนำไปอ้างอิงการใช้สิทธิหักลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา ตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากร ฉบับที่ 172 ในระยะเวลาเอาประกันภัยตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป
4. เบี้ยประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมสุขภาพสามารถนำไปอ้างอิงการใช้สิทธิหักลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา ตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากร ฉบับที่ 315

## คำแนะนำ

- ผู้เอาประกันภัยควรทำความเข้าใจรายละเอียดความคุ้มครอง และเงื่อนไขก่อนการตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง และเมื่อได้รับกรมธรรม์ประกันภัยแล้ว โปรดศึกษารายละเอียดข้อกำหนดเงื่อนไข และข้อยกเว้นความคุ้มครองในกรมธรรม์ประกันภัย
- ธนาคารเกียรตินาคิน จำกัด (มหาชน) ในฐานะนายหน้าประกันชีวิต เป็นผู้เสนอผลิตภัณฑ์ด้านประกันชีวิต และอำนวยความสะดวกในการรับชำระเบี้ยประกันภัยเท่านั้น
- การพิจารณารับประกันภัยเป็นไปตามหลักเกณฑ์ของ บริษัท เจเนอราลี่ ประกันชีวิต (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน) ผู้รับประกัน
- ผู้เอาประกันภัยมีหน้าที่ในการนำส่งเบี้ยประกันภัย การที่พนักงานหรือลูกจ้างของบริษัท ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิตมาเก็บเบี้ยประกันภัยเป็นการให้บริการเท่านั้น

# โครงการประกันชีวิต

## คุ้มครองสินเชื่อบ้าน



# KKPGEN Home Loan Care Plan 2

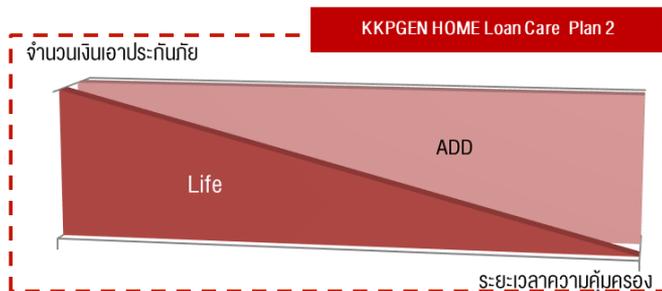
## เงื่อนไขการรับประกันภัย

- เป็นผู้ขอสินเชื่อบ้านของธนาคารเกียรตินาคินภัทร จำกัด (มหาชน)
- อายุระหว่าง 20-65 ปี **และเมื่อรวมกับระยะเวลาเอาประกันภัยแล้วไม่เกินอายุ 70 ปี**  
การคำนวณอายุ : นำปีพ.ศ.ของวันที่สินเชื่ออนุมัติ ตั้ง ลบด้วยปี พ.ศ.เกิดของสมาชิกผู้ขอประกันภัย
- ระยะเวลาเอาประกันภัย 1-15 ปี / 20 ปี / 25 ปี / 30 ปี

## แผนความคุ้มครอง “KKPGEN HOME Loan Care Plan 2”

รายละเอียด	Home 2 *
1. คุ้มครองการเสียชีวิตจาก (LIFE) เจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ (จำนวนเงินเอาประกันภัยลดลงตามตารางทุนลด)	✓
2. คุ้มครองการเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ และทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร เนื่องจากอุบัติเหตุ (ADD) (จำนวน 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัยเริ่มต้น)	✓

\* Home 2 จะต้องเข้าเงื่อนไขตามที่บริษัทประกันกำหนด



## ความคุ้มครอง

1. **กรณีเสียชีวิต (Life)** บริษัทจะจ่ายเงินผลประโยชน์เท่ากับจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ลดลงเมื่อสมาชิกผู้เอาประกันภัยเสียชีวิตให้กับผู้รับประโยชน์หลัก หากเหลือ (ถ้ามี) จะจ่ายให้กับผู้รับประโยชน์รอง
2. **อุบัติเหตุ (ADD)** หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันจากปัจจัยภายนอกร่างกายและทำให้เกิดผลที่ผู้เอาประกันภัยได้ เจตนาหรือมุ่งหวัง  
หากการสูญเสียเกิดจากสาเหตุดังต่อไปนี้ จะได้ค่าชดเชยเป็น 2 เท่า
  1. ยานพาหนะสาธารณะ (จดทะเบียน) / ลิฟท์ สาธารณะ
  2. ไฟไหม้โรงแรมหรู โรงแรม หรือ อาคารสาธารณะ

ชื่อแบบประกันภัย KKPGEN HOME Loan Care Plan 2 นี้ เป็นชื่อทางการตลาด ซึ่งในกรมธรรม์จะระบุชื่อ กรมธรรม์ประกันชีวิตกลุ่มแบบคุ้มครองเงินกู้



## ตัวอย่างกรณีข้อยกเว้นความคุ้มครอง

1. กรณีผู้เอาประกันภัยไม่เปิดเผยความจริง หรือแถลงข้อความเท็จ บริษัทฯ จะบอกล้างสัญญาภายใน 1 ปี นับจากวันที่ทำสัญญา หรือวันที่อายุกรมธรรม์หรือวันที่กลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์ครั้งสุดท้าย
2. กรณีผู้เอาประกันภัยฆ่าตัวตายด้วยใจสมัครภายใน 1 ปี นับแต่วันทำสัญญา หรือวันที่อายุกรมธรรม์ หรือวันที่กลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์ครั้งสุดท้าย หรือกรณีถูกผู้รับประโยชน์ฆ่าตายโดยเจตนา
3. ผู้ถือเอาประกันภัยควรศึกษารายละเอียดข้อยกเว้นเพิ่มเติม จากกรมธรรม์

## สิทธิของผู้เอาประกันภัย

1. สิทธิในการยกเลิกกรมธรรม์ Free Look ผู้เอาประกันภัยมีสิทธิยกเลิกกรมธรรม์ได้ โดยผู้เอาประกันภัยต้องส่งคืนหนังสือรับรองการประกันชีวิตมายังบริษัทภายใน 15 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือรับรองการประกันชีวิตฯ และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือจากการหักค่าตรวจสุขภาพ (ถ้ามี) และ ค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ 500 บาท (กรณีที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว สมาชิกผู้เอาประกันภัยไม่มีสิทธิยกเลิกกรมธรรม์)
2. สิทธิในการเวนคืนกรมธรรม์ ผู้เอาประกันภัยจะได้รับเงินคืนไม่เต็มจำนวนของเบี้ยประกันภัยที่ชำระมาแล้ว
3. การใช้สิทธิหักลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา
  - 2.1 เบี้ยประกันชีวิต ไม่สามารถนำไปอ้างการใช้สิทธิหักลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา ตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากร ฉบับที่ 172 ในระยะเวลาเอาประกันภัยที่ต่ำกว่า 10 ปี
  - 2.2 เบี้ยประกันชีวิต สามารถนำไปอ้างการใช้สิทธิหักลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา ตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากร ฉบับที่ 172 ในระยะเวลาเอาประกันภัยตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป
4. เบี้ยประกันภัยสุขภาพเพิ่มเติมสุขภาพสามารถนำไปอ้างการใช้สิทธิหักลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา ตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากร ฉบับที่ 315

## คำแนะนำ

- ผู้เอาประกันภัยควรทำความเข้าใจรายละเอียดความคุ้มครอง และเงื่อนไขก่อนการตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง และเมื่อได้รับกรมธรรม์ประกันภัยแล้ว โปรดศึกษารายละเอียดข้อกำหนดเงื่อนไข และข้อยกเว้นความคุ้มครองในกรมธรรม์ประกันภัย
- ธนาคารเกียรตินาคิน จำกัด (มหาชน) ในฐานะนายหน้าประกันชีวิต เป็นผู้เสนอผลิตภัณฑ์ด้านประกันชีวิต และอำนวยความสะดวกในการรับชำระเบี้ยประกันภัยเท่านั้น
- การพิจารณารับประกันเป็นไปตามหลักเกณฑ์ของ บริษัท เจเนอราลี่ ประกันชีวิต (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน) ผู้รับประกัน
- ผู้เอาประกันภัยมีหน้าที่ในการนำส่งเบี้ยประกันภัย การที่พนักงานหรือลูกจ้างของบริษัท ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิตมาเก็บเบี้ยประกันภัยเป็นการให้บริการเท่านั้น

# โครงการประกันชีวิต

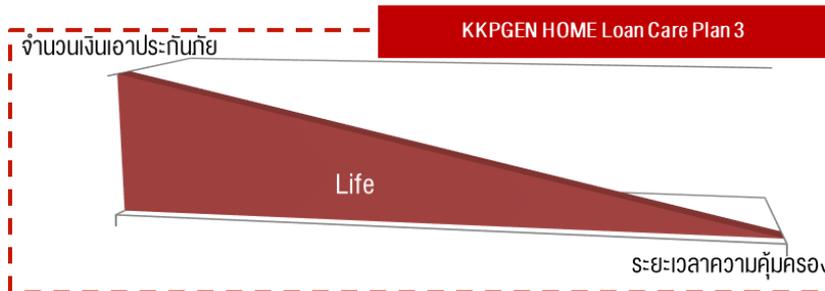
## คุ้มครองสินเชื่อบ้าน



### แผนความคุ้มครอง “KKPGEN HOME Loan Care Plan 3”

รายละเอียด	Home 3 *
1. คุ้มครองการเสียชีวิตจาก (LIFE) เจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ (จำนวนเงินเอาประกันภัยลดลงตามตารางทุนลด)	✓

\* Home 3 จะต้องเข้าเงื่อนไขตามที่บริษัทประกันกำหนด



# KKPGEN Home Loan Care Plan 3

## เงื่อนไขการรับประกันภัย

- เป็นผู้ขอสินเชื่อบ้านของธนาคารเกียรตินาคินภัทร จำกัด (มหาชน)
- อายุระหว่าง 20-65 ปี และเมื่อรวมกับระยะเวลาเอาประกันภัยแล้วไม่เกินอายุ 70 ปี  
**การคำนวณอายุ** : นำปีพ.ศ.ของวันที่สินเชื่ออนุมัติ ตั้ง ลบด้วยปี พ.ศ.เกิดของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย
- ระยะเวลาเอาประกันภัย 1-15 ปี / 20 ปี / 25 ปี / 30 ปี

## ความคุ้มครอง

**กรณีเสียชีวิต(Life)** บริษัทจะจ่ายเงินผลประโยชน์เท่ากับจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ลดลงเมื่อสมาชิกผู้เอาประกันภัยเสียชีวิตให้กับผู้รับประโยชน์หลักหากเหลือ(ถ้ามี)จะจ่ายให้กับผู้รับประโยชน์รอง

ชื่อแบบประกันภัย KKPGEN HOME Loan Care Plan 3 นี้ เป็นชื่อทางการตลาด ซึ่งในกรมธรรม์จะระบุชื่อ กรมธรรม์ประกันชีวิตกลุ่มแบบคุ้มครองเงินกู้



## ตัวอย่างกรณีข้อยกเว้นความคุ้มครอง

1. กรณีผู้เอาประกันภัยไม่เปิดเผยข้อความจริง หรือแถลงข้อความเท็จ บริษัทฯ จะบอกล้างสัญญาภายใน 1 ปี นับจากวันทำสัญญา หรือวันที่อายุกรมธรรม์หรือวันกลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์ครั้งสุดท้าย
2. กรณีผู้เอาประกันภัยฆ่าตัวตายด้วยใจสมัครภายใน 1 ปี นับแต่วันทำสัญญา หรือวันที่อายุกรมธรรม์ หรือวันกลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์ครั้งสุดท้าย หรือกรณีถูกผู้รับประโยชน์ฆ่าตายโดยเจตนา
3. ผู้ขอเอาประกันภัยควรศึกษารายละเอียดข้อยกเว้นเพิ่มเติม จากกรมธรรม์

## สิทธิของผู้เอาประกันภัย

1. สิทธิในการขอยกเลิกกรมธรรม์ Free Look ผู้เอาประกันภัยมีสิทธิขอยกเลิกกรมธรรม์ได้ โดยผู้เอาประกันภัยต้องคืนหนังสือรับรองการประกันชีวิตมายังบริษัทภายใน 15 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือรับรองการประกันชีวิตฯ และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือจากการหักค่าตรวจสุขภาพ(ถ้ามี) และ ค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ 500 บาท (กรณีที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว สมาชิกผู้เอาประกันภัยไม่มีสิทธิยกเลิกกรมธรรม์)
2. สิทธิในการเวนคืนกรมธรรม์ ผู้เอาประกันภัยจะได้รับเงินคืนไม่เต็มจำนวนของเบี้ยประกันภัยที่ชำระมาแล้ว
3. การใช้สิทธิหักลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา
  - 2.1 เบี้ยประกันชีวิต ไม่สามารถนำไปอ้างอิงการใช้สิทธิหักลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา ตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากร ฉบับที่ 172 ในระยะเวลาเอาประกันภัยที่ต่ำกว่า 10 ปี
  - 2.2 เบี้ยประกันชีวิต สามารถนำไปอ้างอิงการใช้สิทธิหักลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา ตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากร ฉบับที่ 172 ในระยะเวลาเอาประกันภัยตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป

## คำแนะนำ

- ผู้เอาประกันภัยควรทำความเข้าใจรายละเอียดความคุ้มครอง และเงื่อนไขก่อนการตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง และเมื่อได้รับกรมธรรม์ประกันภัยแล้ว โปรดศึกษารายละเอียดข้อกำหนดเงื่อนไข และข้อยกเว้นความคุ้มครองในกรมธรรม์ประกันภัย
- ธนาคารเกียรติวัฒนา จำกัด (มหาชน) ในฐานะนายหน้าประกันชีวิต เป็นผู้เสนอผลิตภัณฑ์ที่ด้านประกันชีวิต และอำนวยความสะดวกในการรับชำระเบี้ยประกันภัยเท่านั้น
- การพิจารณารับประกันภัยเป็นไปตามหลักเกณฑ์ของ บริษัท เจเนอราลี ประกันชีวิต (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน) ผู้รับประกัน
- ผู้เอาประกันภัยมีหน้าที่ในการนำส่งเบี้ยประกันภัย การที่พนักงานหรือลูกจ้างของบริษัท ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิตมาเก็บเบี้ยประกันภัยเป็นการให้บริการเท่านั้น

# โครงการประกันชีวิต

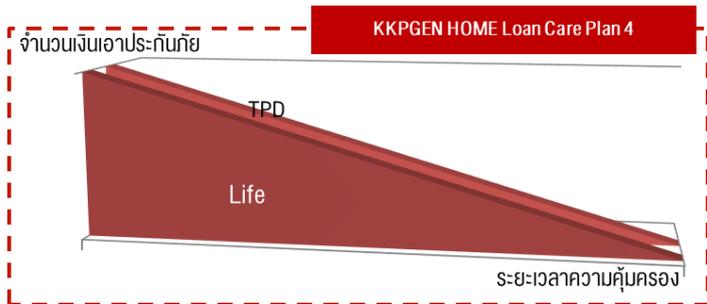
## คุ้มครองสินเชื่อบ้าน



### แผนความคุ้มครอง “KKPGEN HOME Loan Care Plan 4”

รายละเอียด	Home 4 *
1. คุ้มครองการเสียชีวิตจาก (LIFE) เจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ (จำนวนเงินเอาประกันภัยลดลงตามตารางทุนลด)	✓
2. ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (TPD) ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง เจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ (จำนวนเงินเอาประกันภัยลดลงตามตารางทุนลด)	✓

\* Home 4 จะต้องเข้าเงื่อนไขตามที่บริษัทประกันกำหนด



# KKPGEN Home Loan Care Plan 4

## เงื่อนไขการรับประกันภัย

- เป็นผู้ขอสินเชื่อบ้านของธนาคารเกียรตินาคินภัทร จำกัด (มหาชน)
- อายุระหว่าง 20-65 ปี **และเมื่อรวมกับระยะเวลาเอาประกันภัยแล้วไม่เกินอายุ 70 ปี**  
**การคำนวณอายุ :** นำปีพ.ศ.ของวันที่สินเชื่อบุญมีตั้ง ลบด้วยปี พ.ศ.เกิดของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย
- ระยะเวลาเอาประกันภัย 1-15 ปี / 20 ปี / 25 ปี / 30 ปี

### ความคุ้มครอง

- กรณีเสียชีวิต (Life)** บริษัทจะจ่ายเงินผลประโยชน์เท่ากับจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ลดลงเมื่อสมาชิกผู้เอาประกันภัยเสียชีวิตให้กับผู้รับประโยชน์หลักหากเหลือ (ถ้ามี) จะจ่ายให้กับผู้รับประโยชน์รอง
- ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (TPD)** หมายถึง การทุพพลภาพถึงขนาดไม่สามารถประกอบหน้าที่การงานใดๆ ในอาชีพประจำและอาชีพ อื่นๆ ได้โดยสิ้นเชิงตลอดไป และการทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงนั้นเกิดต่อเนื่องเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 180 วัน

ชื่อแบบประกันภัย KKPGEN HOME LOAN CARE Plan 4 นี้ เป็นชื่อทางการตลาด ซึ่งในกรมธรรม์จะระบุชื่อ กรมธรรม์ประกันชีวิตกลุ่มแบบคุ้มครองเงินกู้



## ตัวอย่างกรณีข้อยกเว้นความคุ้มครอง

1. กรณีผู้เอาประกันภัยไม่เปิดเผยข้อเท็จจริง หรือแถลงข้อความเท็จ บริษัทฯ จะบอกล้างสัญญาภายใน 1 ปี นับจากวันที่สัญญา หรือวันที่ต่ออายุกรมธรรม์หรือวันกลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์ครั้งสุดท้าย
2. กรณีผู้เอาประกันภัยฆ่าตัวตายด้วยใจสมัครภายใน 1 ปี นับแต่วันทำสัญญา หรือวันที่ต่ออายุกรมธรรม์ หรือวันกลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์ครั้งสุดท้าย หรือกรณีถูกผู้รับประโยชน์ฆ่าตายโดยเจตนา
3. ผู้ขอเอาประกันภัยควรศึกษารายละเอียดข้อยกเว้นเพิ่มเติมจากกรมธรรม์

## สิทธิของผู้เอาประกันภัย

1. สิทธิในการขอยกเลิกกรมธรรม์ Free Look ผู้เอาประกันภัยมีสิทธิขอยกเลิกกรมธรรม์ได้ โดยผู้เอาประกันภัยต้องส่งคืนหนังสือรับรองการประกันชีวิตมายังบริษัทภายใน 15 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือรับรองการประกันชีวิตและบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือจากการหักค่าตรวจสุขภาพ(ถ้ามี) และ ค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ 500 บาท (กรณีที่สามารถผู้เอาประกันภัยได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว สมาชิกผู้เอาประกันภัยไม่มีสิทธิยกเลิกกรมธรรม์)
2. สิทธิในการเวนคืนกรมธรรม์ ผู้เอาประกันภัยจะได้รับเงินคืนไม่เต็มจำนวนของเบี้ยประกันภัยที่ชำระมาแล้ว
3. การใช้สิทธิหักลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา
  - 2.1 เบี้ยประกันชีวิต ไม่สามารถนำไปอ้างอิงการใช้สิทธิหักลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา ตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากร ฉบับที่ 172 ในระยะเวลาเอาประกันภัยที่ต่ำกว่า 10 ปี
  - 2.2 เบี้ยประกันชีวิต สามารถนำไปอ้างอิงการใช้สิทธิหักลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา ตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากร ฉบับที่ 172 ในระยะเวลาเอาประกันภัยตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป
4. เบี้ยประกันชีวิตสัญญาเพิ่มเติมสุขภาพสามารถนำไปอ้างอิงการใช้สิทธิหักลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา ตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากร ฉบับที่ 315

## คำแนะนำ

- ผู้เอาประกันภัยควรทำความเข้าใจรายละเอียดความคุ้มครอง และเงื่อนไขก่อนการตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง และเมื่อได้รับกรมธรรม์ประกันภัยแล้ว โปรดศึกษารายละเอียดข้อกำหนดเงื่อนไข และข้อยกเว้นความคุ้มครองในกรมธรรม์ประกันภัย
- ธนาคารเกียรตินาคิน จำกัด (มหาชน) ในฐานะนายหน้าประกันชีวิต เป็นผู้เสนอผลิตภัณฑ์ด้านประกันชีวิต และอำนวยความสะดวกในการรับชำระเบี้ยประกันภัยเท่านั้น
- การพิจารณารับประกันภัยเป็นไปตามหลักเกณฑ์ของ บริษัท เจเนอราลี่ ประกันชีวิต (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน) ผู้รับประกัน
- ผู้เอาประกันภัยมีหน้าที่ในการนำส่งเบี้ยประกันภัย การที่พนักงานหรือลูกจ้างของบริษัท ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิตมาเก็บเบี้ยประกันภัยเป็นการให้บริการเท่านั้น

# คำนิยาม

# คำนิยาม: ประกันชีวิตคุ้มครองวงเงินสินเชื่อบ้าน KKPGEN Home Loan Care

## กรณีเสียชีวิต (Life)

1. ส่งหลักฐานพิสูจน์การมรณกรรมของสมาชิกตามแบบและวิธีที่บริษัทกำหนดจนครบถ้วน
2. บริษัทจะจ่ายจำนวนเงินเอาประกันภัยตามจำนวนที่ได้ระบุไว้ในตารางแสดงจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ลดลง ซึ่งไม่เกินจำนวนหนี้ที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยค้างชำระอยู่กับผู้รับประโยชน์หลัก ณ เวลานั้น กรณีสมาชิกผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต
3. จ่ายให้กับผู้รับประโยชน์หลัก หากเหลือจะจ่ายให้กับผู้รับประโยชน์รองตามที่แจ้งไว้กับบริษัท

## ข้อยกเว้นการจ่ายผลประโยชน์กรณีเสียชีวิต

1. กรณีสมาชิกผู้เอาประกันภัยไม่เปิดเผยข้อความจริง หรือแถลงข้อเท็จจริง บริษัทฯ จะบอกล้างสัญญาภายใน 1 ปีนับจากวันทำสัญญา หรือวันต่ออายุกรมธรรม์หรือวันกลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์ครั้งสุดท้าย
2. กรณีสมาชิกผู้เอาประกันภัยฆ่าตัวตายด้วยใจสมัครภายใน 1 ปี นับแต่วันทำสัญญา หรือวันต่ออายุกรมธรรม์ หรือวันกลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์ครั้งสุดท้าย หรือกรณีถูกผู้รับประโยชน์ฆ่าตายโดยเจตนา

# คำนิยาม: ประกันชีวิตคุ้มครองวงเงินสินเชื่อบ้าน KKPGEN Home Loan Care

## กรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (TPD)

ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (TPD) หมายถึง การทุพพลภาพถึงขนาดไม่สามารถประกอบหน้าที่การงานใดๆ ในอาชีพประจำและอาชีพอื่นๆ ได้โดยสิ้นเชิงตลอดไป และการทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงนั้นเกิดต่อเนื่องเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 180 วัน



# คำนิยาม: ประกันชีวิตคุ้มครองวงเงินสินเชื่อบ้าน KKPGEN Home Loan Care

## การจ่ายผลประโยชน์ : กรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (TPD)

1. เมื่อสมาชิกผู้เอาประกันภัยตกเป็นบุคคลทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง ต่อเนื่องเป็นเวลาไม่น้อยกว่า **180** วันบริษัทจะจ่ายให้ก่อน **50%** ของจำนวนเงินเอาประกันภัยให้กับผู้รับประโยชน์หลัก และ **นับต่อไปอีก 180 วัน** หากสมาชิกผู้เอาประกันภัยยังไม่หาย จะจ่ายส่วนที่เหลืออีก **50%** ของจำนวนเงินเอาประกันภัยให้กับผู้รับประโยชน์หลัก
2. หากสมาชิกผู้เอาประกันภัยเสียชีวิตภายใน **180** วัน หลังจากวันที่บริษัทจ่ายไปแล้ว **50%** ของจำนวนเงินเอาประกันภัย บริษัทจะจ่ายส่วนที่เหลืออีก **50%** ของจำนวนเงินเอาประกันภัย ให้กับผู้รับประโยชน์หลัก
3. หากสมาชิกผู้เอาประกันภัยหายจากการทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง หลังจากวันที่บริษัทจ่ายไปแล้ว **50%** ของจำนวนเงินเอาประกันภัย ความคุ้มครองของกรมธรรม์จะถูกปรับลดลงเหลือ **50 %** ของจำนวนเงินเอาประกันภัย
4. หากสมาชิกผู้เอาประกันภัยตกเป็นบุคคลทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง **สามารถพิสูจน์ได้อย่างชัดเจน** บริษัทจะจ่ายเต็มจำนวนเงินเอาประกันภัย

# คำนิยาม: ประกันชีวิตคุ้มครองวงเงินสินเชื่อบ้าน KKPGEN Home Loan Care

## ข้อยกเว้นการจ่ายผลประโยชน์กรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง

1. การฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตาย หรือ การทำร้ายร่างกายตนเอง
2. ผู้เอาประกันภัยก่ออาชญากรรมที่มีความผิดสถานหนัก
3. สงคราม การจลาจล การก่อการร้าย
4. การบาดเจ็บที่เกิดจากการโดยสารอยู่ในอากาศยานที่มีได้จดทะเบียนเพื่อการบรรทุกผู้โดยสาร
5. การบาดเจ็บขณะขับขี่หรือปฏิบัติหน้าที่เป็นพนักงานประจำอากาศยานใดๆ
6. การบาดเจ็บขณะปฏิบัติหน้าที่เป็น ทหาร ตำรวจ หรือ อาสาสมัคร
7. การบาดเจ็บ การเจ็บป่วย ที่เป็นมาก่อนการทำประกัน (เว้นแต่ได้เอาประกันภัยตามสัญญาเพิ่มเติมนี้ มาไม่น้อยกว่า 12 เดือน)
8. การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นในขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา สารเสพติด (แอลกอฮอล์ในเลือดตั้งแต่ 150 มก.เปอร์เซ็นต์ ขึ้นไป)

# คำนิยาม: ประกันชีวิตคุ้มครองวงเงินสินเชื่อบ้าน KKPGEN Home Loan Care

## ความคุ้มครองพิเศษ คุ้มครองการเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะและคุณภาพสิ้นเชิงถาวร เนื่องจากอุบัติเหตุ (ADD)

**อุบัติเหตุ** หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน จากปัจจัยภายนอกร่างกายและทำให้เกิดผลที่ผู้เอาประกันภัยมิได้เจตนาหรือมุ่งหวัง

เงินทดแทน	อัตราร้อยละของวงเงินเอาประกัน
1. สูญเสียชีวิต	100
2. สูญเสียมือ หรือ เท้า 2 ข้าง โดยตัดตั้งแต่ข้อมือหรือข้อเท้า	100
3. สูญเสียสายตาทั้ง 2 ข้าง โดยไม่มีทางรักษาให้หายได้	100
4. สูญเสียสายตาข้างเดียว กับ สูญเสียมือ หรือ เท้า ข้างเดียว	100
5. สูญเสียมือข้างหนึ่ง และ เท้าข้างหนึ่ง	100
6. สูญเสียมือ หรือ เท้า ข้างหนึ่ง	60
7. สูญเสียสายตาข้างเดียว	60

หมายเหตุ : หากการสูญเสียเกิดจากสาเหตุดังต่อไปนี้ **จะได้ค่าชดเชยเป็น 2 เท่า** :

1. ยานพาหนะสาธารณะ (จดทะเบียน) / ลิฟท์ สาธารณะ
2. ไฟไหม้โรงแรมหรู โรงแรม หรือ อาคารสาธารณะ

## ข้อยกเว้นของความคุ้มครองพิเศษ คุ้มครองการเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะและคุณภาพสิ้นเชิงถาวร เนื่องจากอุบัติเหตุ (ADD)

1. การถูกฆ่า หรือ ถูกทำร้ายร่างกายโดยเจตนา
2. สงคราม การปฏิวัติ การกบฏ การจลาจล การนัดหยุดงาน การปฏิบัติการของผู้ออกการร้าย
3. การแข่งรถหรือแข่งเรือทุกชนิด แข่งม้า แข่งสกี ชกมวย โดครัม (ยกเว้นโดคเพื่อรักษาชีวิต) บอลลูน เครื่องร่อน บินจีเอ็มพี ดำน้ำที่ต้องใช้ถังอากาศ และเครื่องช่วยหายใจใต้น้ำ
4. การสูญเสียที่เกิดจากการโดยสารอยู่ในอากาศยานที่ได้จดทะเบียนเพื่อการบรรทุกผู้โดยสาร
5. การสูญเสียที่เกิดขึ้นในขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา สารเสพติด (แอลกอฮอล์ในเลือดตั้งแต่ 150 มก.เปอร์เซ็นต์ขึ้นไป)
6. การฆ่าตัวตาย หรือ การทำร้ายร่างกายตนเอง ในขณะรู้จักผิดชอบหรือวิกลจริตหรือไม่ก็ตาม
7. การทะเลาะวิวาท หรือ มีส่วนช่วยทำให้เกิดการทะเลาะวิวาท
8. การได้รับเชื้อโรค ปรสิต เว้น บาดทะยัก หรือ โรคกลัวน้ำ ซึ่งเกิดจากบาดแผลที่ได้รับจากอุบัติเหตุ
9. การจับขังหรือโดยสารรถจักรยานยนต์
10. ขณะปฏิบัติหน้าที่เป็น ทหาร ตำรวจ อาสาสมัคร และปฏิบัติการในสงครามหรือเยี่ยงสงครามและถ้าปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวเป็นเวลาติดต่อกันเกินกว่า 30 วัน บริษัทจะคืนค่าเบี้ยประกันของสัญญาเพิ่มเติมนี้ตามส่วนสำหรับระยะเวลาที่เข้าปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าว
11. การก่ออาชญากรรม หรือขณะถูกจับกุม หรือหลบหนีการจับกุม
12. การแผ่รังสี หรือกัมมันตภาพรังสีจากเชื้อเพลิงนิวเคลียร์ ซึ่งดำเนินการติดต่อกันไปโดยตัวเอง

# Thank You