



**ไทย
ประกัน
ชีวิต**

บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
123 ถนนรัชดาภิเษก เขตดินแดง กรุงเทพฯ 10400
Tns. 0 2247 0247 Tnsfas 0 2246 9946
www.thaifile.com n:เบิยุเลอ์ 0107555000104

คำเตือน สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจ
ประกันภัย (คปภ.) ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริง
ทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิต
ปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัยตามประมวล
กฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

(เฉพาะเจ้าหน้าที่)
กรมธรรม์เลขที่
หนังสือรับรองเลขที่
จำนวนเงินเอาประกันภัย.....
จำนวนเงินเอาประกันภัยอุบัติเหตุ.....
จำนวนเงินเอาประกันภัยทุพพลภาพ.....
ประกันสุขภาพแผน.....

ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มสำหรับพนักงาน / ลูกจ้าง / สมาชิก

- ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ (ชื่อองค์กร / บริษัท).....
- ชื่อ-สกุล สมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว.....
- กรณีผู้สมัครขอเอาประกันภัยไม่ใช่พนักงาน มีความสัมพันธ์เป็น ☐ คู่สมรส ☐ บุตร ของพนักงานชื่อ-สกุล.....
- อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ส่วนสูง.....ซม. น้ำหนัก.....กก.
เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง สถานภาพ: ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่า ☐ หม้าย
- เอกสารที่ใช้แสดง ☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ ใบสำคัญต่างดาว เลขที่.....
วันที่ออกบัตร.....วันที่บัตรหมดอายุ.....สถานที่ออกบัตร.....
- ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทร.
- วันที่เข้าทำงาน.....ตำแหน่ง/ลักษณะงานที่ทำ.....
- ผู้รับประโยชน์: ได้แก่
ชื่อ - สกุล.....ความสัมพันธ์.....
ชื่อ - สกุล.....ความสัมพันธ์.....
ชื่อ - สกุล.....ความสัมพันธ์.....
- (ก) ท่านเคยได้รับการรักษาหรือเคยได้รับการบอกกล่าวจากแพทย์ว่าเป็นโรคหัวใจ โรคเบาหวาน ☐ ไม่เคย ☐ เคย
โรคตับ โรคความดันโลหิต โรคปอด โรคไต โรคเมเร็ง โรคเกี่ยวกับสมอง/ระบบประสาท
โรคอ้วน หรือความผิดปกติอย่างร้ายแรงหรือไม่
(ข) ในระยะ 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวใน ☐ ไม่เคย ☐ เคย
โรงพยาบาล / สถานพยาบาล หรือไม่
(ค) ท่านเคยได้รับการผ่าตัดหรือได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้ผ่าตัดหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย
(ง) ขณะนี้ท่านกำลังเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บไข้หรือไม่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
(จ) ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกัน เพมิ้อตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับ ☐ ไม่เคย ☐ เคย
การขอเอาประกันภัย หรือการต่ออายุกรมธรรม์จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่
(ฉ) ท่านมีร่างกายส่วนหนึ่งส่วนใดพิการหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี

ถ้าตอบคำถามข้อ 8 (ก-ฉ) เป็นการตอบรับ โปรดให้รายละเอียดข้างท้ายนี้ โดยอ้างอิงข้อที่เป็นคำถามด้วย

โรคหรืออาการที่เป็น.....เริ่มเป็นเมื่อ.....
วัน / เดือน / ปี ที่รักษา.....ระยะเวลาการรักษา.....วัน ผลการรักษาปัจจุบันเป็นอย่างไร.....
ชื่อแพทย์.....สถานพยาบาล.....
อื่นๆ.....

(โปรดพลิก)

9 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันภัยของผู้ขอเอาประกันภัย การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

- (ก) ข้าพเจ้าในฐานะผู้ขอเอาประกันภัยขอรับรองว่า ถ้อยแถลงที่ได้ให้ไว้ในคำขอนี้เป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ดำเนินการตรวจสอบ หรือสืบสาวะ ตลอดจนนำข้อเท็จจริงที่แถลงไว้ มาใช้ประกอบการพิจารณารับประกันภัยได้
- (ข) ในกรณีเกี่ยวกับสุขภาพ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบุคคลใดๆ ซึ่งได้เคยรักษาหรือตรวจข้าพเจ้า หรือที่จะทำการรักษาหรือทำการตรวจข้าพเจ้าต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริง หรือเรื่องที่ได้รับทราบจากการรักษาหรือตรวจข้าพเจ้าให้บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ทราบหรือให้บริษัทประกันภัยอื่นทราบเพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- (ค) ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ลงชื่อ.....

ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ.....

()

ผู้แถลงและให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม
ของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

สำหรับบริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

การตรวจสอบและพิจารณา	การอนุมัติรับประกัน

วันเริ่มประกันภัยวันครบรอบปี

บันทึกการแก้ไข / การเปลี่ยนแปลง

ความยินยอมของสมาชิกผู้เอาประกันภัย
หนังสือให้ความยินยอมเกี่ยวกับการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลอ่อนไหว
เพื่อการทำประกันภัยกลุ่ม

ข้าพเจ้า (ต.ญ./ต.ช./นาย/นาง/นางสาว).....ในฐานะ

☐ สมาชิกผู้เอาประกันภัย

☐ สมาชิกสมทบ

☐ คู่สมรส

☐ บุตร (โดยนาย/นาง/นางสาว.....ในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม)

☐ บิดาและ/หรือมารดา

ขอให้ความยินยอมเกี่ยวกับการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลอ่อนไหวของข้าพเจ้าเพื่อการทำประกันภัยกลุ่มโดยผู้ถือกรรมสิทธิ์บริษัท.....รายละเอียดตามหนังสือฉบับนี้

1. ความยินยอมเกี่ยวกับการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

- 1.1 ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้ถือกรรมสิทธิ์เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลอ่อนไหว (เช่น เชื้อชาติ ศาสนา ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ เป็นต้น) ของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์แก่ผู้รับประกันภัยและ/หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อวัตถุประสงค์ในการทำประกันภัย การตรวจสุขภาพ การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน การปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ รวมถึงการใด ๆ อันเกี่ยวกับธุรกิจประกันภัย โดยการเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้รวมถึง แต่ไม่จำกัดเพียง สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้รับประกันภัย ตัวแทนประกันชีวิตหรือตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันชีวิตหรือนายหน้าประกันวินาศภัย บริษัทรับประกันภัยต่อ คู่ค้าหรือผู้ให้บริการของบุคคลดังกล่าว
- 1.2 ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้รับประกันภัยเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลอ่อนไหวของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ เพื่อวัตถุประสงค์ในการทำประกันภัย การตรวจสุขภาพ การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน การปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ รวมถึงการใด ๆ อันเกี่ยวกับธุรกิจประกันภัย โดยการเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้รวมถึง แต่ไม่จำกัดเพียง สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ตัวแทนประกันชีวิตหรือตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันชีวิตหรือนายหน้าประกันวินาศภัย บริษัทรับประกันภัยต่อ ผู้ถือกรรมสิทธิ์ และคู่ค้าหรือผู้ให้บริการของบุคคลดังกล่าว
- 1.3 ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ หรือบริษัทประกันภัยหรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีประวัติและ/หรือข้อมูลสุขภาพของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ เปิดเผยข้อมูลอ่อนไหวให้แก่ผู้รับประกันภัยหรือผู้แทนของผู้รับประกันภัย เพื่อการทำประกันภัย หรือการพิจารณาสินไหมตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
- 1.4 ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจดีว่าหากข้าพเจ้าและ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรมมีสิทธิถอนความยินยอม ขอเข้าถึงข้อมูล ขอสำเนาข้อมูล ขอรับข้อมูลโดยวิธีอัตโนมัติ ขอให้โอนข้อมูล ขอให้ลบ ทำลายหรือระงับใช้ข้อมูล และข้าพเจ้ามีสิทธิร้องเรียนต่อคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจดีว่าการเพิกถอนความยินยอม ขอให้ลบ ทำลายดังกล่าว หรือระงับใช้ข้อมูลจะมีผลกระทบต่อการใช้ประกันภัย การให้บริการเกี่ยวกับกรมธรรม์ การพิจารณาสินไหมตามเงื่อนไขกรมธรรม์ และการให้บริการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประกันภัย อันจะส่งผลให้ผู้รับประกันภัยไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขตามสัญญาประกันภัยได้
- 1.5 ข้าพเจ้ารับทราบว่าผู้รับประกันภัยจะทำการลบข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ ภายในเวลา 10 ปี หลังจากสิ้นสุดความสัมพันธ์กับข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์

2. การรับรองความถูกต้องและยืนยันว่าได้รับความยินยอมเกี่ยวกับการเปิดเผยข้อมูลจากบุคคลในครอบครัว

ในกรณีที่ข้าพเจ้าให้ข้อมูลส่วนบุคคลและ/หรือข้อมูลอ่อนไหวของบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า เช่น คู่สมรส/คู่ชีวิต บุตร บิดา และ/หรือ มารดา เป็นต้น ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลอ่อนไหวของบุคคลในครอบครัวที่ข้าพเจ้าได้ให้แก่ผู้ถือกรรมสิทธิ์และ/หรือผู้รับประกันภัยนั้น เป็นข้อมูลที่ถูกต้องและได้รับความยินยอมจากบุคคลในครอบครัวในการเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวต่อผู้ถือกรรมสิทธิ์และ/หรือผู้รับประกันภัย รวมถึงได้แจ้งให้บุคคลเหล่านั้นทราบถึงวัตถุประสงค์ในการจัดเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลแล้ว

ทั้งนี้ ข้าพเจ้ารับทราบนโยบายข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับประกันภัยรวมถึงสิทธิในการยกเลิกความยินยอมตามเว็บไซต์ของผู้รับประกันภัยที่ผู้ถือกรรมสิทธิ์สวัสดิการให้ในแต่ละปี หรือตามช่องทางสื่อสารอื่นใดของผู้รับประกันภัยแล้ว

วันที่ เดือน พ.ศ.

(ลงชื่อ) สมาชิกผู้เอาประกันภัย
(.....)

(ลงชื่อ)
(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

☐ บิดา / มารดา

☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของสมาชิกผู้เอาประกันภัย
(กรณีสมาชิกผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

หมายเหตุ:

1. ข้อมูลส่วนบุคคลหมายถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับบุคคลซึ่งทำให้สามารถระบุตัวบุคคลนั้นได้ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อมแต่ไม่รวมถึงข้อมูลของผู้ถึงแก่กรรมโดยเฉพาะ
2. การลงนาม (กรณีสมาชิกผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์)
 - 2.1 กรณีผู้เยาว์มีอายุตั้งแต่ 10 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป แต่ไม่เกิน 20 ปีบริบูรณ์ ผู้เยาว์ต้องลงนามด้วยตนเองร่วมกับบิดาหรือ/มารดาหรือผู้แทนโดยชอบธรรม
 - 2.2 กรณีผู้เยาว์ที่มีอายุไม่เกิน 10 ปีบริบูรณ์ ต้องลงนามโดยบิดาหรือ/มารดาหรือผู้แทนโดยชอบธรรม

นโยบายความเป็นส่วนตัวนโยบาย/คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

ท่านสามารถศึกษารายละเอียดนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสิทธิ
ของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลได้ที่เว็บไซต์ (<https://www.thailife.com/PrivacyPolicy>)
หรือสามารถสแกนคิวอาร์โค้ดที่ปรากฏ

