

ใบคำขอเอาประกันชีวิต ประเภทกลุ่ม แบบคุ้มครองสินเชื่อ โครงการ.....

| | |
|---|--|
| <p>คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย</p> <p>ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน ตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา 865</p> | <p>ใบคำขอเอาประกันภัยเลขที่.....</p> <p>กรรมวิธีประกันภัยเลขที่.....</p> <p>ผู้ถือกรรมวิธีประกันภัย.....</p> |
| <p>ข้อมูลผู้เสนอขายของบริษัท</p> | |
| <p>การชำระค่าเบี้ยประกันภัย <input type="checkbox"/> ขอสินเชื่อเพื่อชำระเบี้ยประกันภัย (LOAN) <input type="checkbox"/> ชำระด้วยเงินสด/เงินโอน (CASH)</p> | |
| <p>ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัย และรายละเอียดการขอเอาประกันภัย</p> | |
| <p>1. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง</p> <p>ชื่อและนามสกุลเดิม.....</p> <p>เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ.....ปี สัญชาติ..... สถานภาพ <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> หย่า</p> <p>เอกสารที่ใช้แสดง <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> หนังสือเดินทาง (passport) <input type="checkbox"/> ทะเบียนบ้าน <input type="checkbox"/> อื่นๆ</p> <p>เลขประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างด้าว.....วันหมดอายุ.....</p> <p>กรณีสมรส ภรรยา/สามีชื่อ.....นามสกุล.....</p> | |
| <p>2. ที่อยู่และที่ทำงาน</p> <p>ก. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน</p> <p>เลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....</p> <p>แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....</p> <p>ประเทศ.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....</p> <p>อีเมล.....</p> <p>ข. ที่อยู่ปัจจุบัน <input type="checkbox"/> เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน</p> <p>เลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....</p> <p>แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....</p> <p>ประเทศ.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....</p> <p>อีเมล.....</p> <p>ค. สถานที่ทำงาน <input type="checkbox"/> เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน <input type="checkbox"/> เหมือนที่อยู่ปัจจุบัน</p> <p>ชื่อสถานที่ทำงาน.....อาคาร.....เลขที่.....หมู่ที่.....</p> <p>ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....</p> <p>จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....ประเทศ.....โทรศัพท์บ้าน.....</p> <p>โทรศัพท์มือถือ.....อีเมล.....</p> <p>ง. สถานที่สะดวกในการติดต่อ <input type="checkbox"/> ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน <input type="checkbox"/> ที่อยู่ปัจจุบัน <input type="checkbox"/> สถานที่ทำงาน</p> | |
| <p>เมื่อบริษัทได้ตกลงรับประกันภัยแล้ว ท่านต้องการให้จัดส่งกรมธรรม์ประกันภัยในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)</p> <p><input type="checkbox"/> แบบกระดาษ <input type="checkbox"/> แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมล (e-mail) ที่ให้กับบริษัท</p> <p>หมายเหตุ: หากไม่ได้ระบุวิธีการจัดส่ง หรือบริษัทไม่สามารถจัดส่งกรมธรรม์ประกันภัยทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ บริษัทจะจัดส่งให้ท่านในรูปแบบกระดาษ</p> | |
| <p>3. อาชีพประจำตำแหน่งลักษณะงานที่ทำ</p> <p>ลักษณะธุรกิจ.....รายได้ต่อปี.....บาท</p> <p>อาชีพอื่นๆ (ถ้ามี).....ตำแหน่งลักษณะงานที่ทำ</p> <p>ลักษณะธุรกิจ.....รายได้ต่อปี.....บาท</p> | |
| <p>4. รายละเอียดสินเชื่อ</p> <p>สัญญาเงินกู้เลขที่.....วงเงินสินเชื่อที่อนุมัติ / ค้างชำระในขณะที่ขอเอาประกันภัย.....บาท</p> <p>ระยะเวลาผ่อนชำระที่เหลืออยู่.....ปี ผู้กู้ร่วม <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี.....คน (กรณีที่มีผู้กู้ร่วม)</p> <p>ชื่อ-สกุล ผู้กู้ร่วมคนที่ 1 <input type="checkbox"/> ไม่ทำประกัน <input type="checkbox"/> ทำประกัน จำนวนเงินที่ขอเอาประกันภัย.....บาท</p> <p>ชื่อ-สกุล ผู้กู้ร่วมคนที่ 2 <input type="checkbox"/> ไม่ทำประกัน <input type="checkbox"/> ทำประกัน จำนวนเงินที่ขอเอาประกันภัย.....บาท</p> <p>ชื่อ-สกุล ผู้กู้ร่วมคนที่ 3 <input type="checkbox"/> ไม่ทำประกัน <input type="checkbox"/> ทำประกัน จำนวนเงินที่ขอเอาประกันภัย.....บาท</p> | |

5. รายละเอียดการขอเอาประกันภัย

ชื่อแบบสัญญาประกันภัย.....ระยะเวลาเอาประกันภัย.....ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย.....ปี

งวดการชำระเบี้ย ☐ ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว ☐ รายปี ☐ ราย 6 เดือน ☐ ราย 3 เดือน ☐ รายเดือน

| สัญญาการประกันภัย | จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) | เบี้ยประกันภัย (บาท) |
|-------------------|-----------------------------|---------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | เบี้ยประกันภัยรวมทั้งสิ้น |

6. รายละเอียดเกี่ยวกับการชำระเบี้ยประกันภัยในการขอเอาประกันภัย

จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ชำระพร้อมการยื่นใบคำขอเอาประกันภัยฉบับนี้ บาท

ชำระเป็น ☐ เงินสด ☐ เช็ค ☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

ใบรับเงินชั่วคราว / เอกสารการรับเงิน เลขที่

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/ เอกสารแสดงการรับเงินตามเลขที่ที่ระบุข้างต้น สำหรับการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดถัดไป (ถ้ามี) ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบเสร็จรับเงินเบี้ยประกันภัย / เอกสารแสดงการรับเงินจากบริษัท

7. รายละเอียดเกี่ยวกับผู้รับประโยชน์

ผู้รับประโยชน์หลัก คือ ผู้ถือกรรมกรรมประกันภัย ได้ผลประโยชน์ตามภาระหนี้สินที่ผู้ขอเอาประกันภัยมีกับผู้ถือกรรมกรรมประกันภัย ถ้าเหลือจากการชำระให้กับผู้ถือกรรมกรรมประกันภัย ให้จ่ายแก่ผู้รับประโยชน์รอง ถ้ามีได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์รอง ให้ถือว่าแบ่งผลประโยชน์เท่า ๆ กัน

| ชื่อและนามสกุล ผู้รับประโยชน์รอง | เลขประจำตัวประชาชน หนังสือเดินทาง /เอกสารที่หน่วยงานของรัฐออกให้ | อายุ (ปี) | ความสัมพันธ์ | ที่อยู่ | ร้อยละของ ผลประโยชน์ |
|-------------------------------------|--|--------------|--------------|---------|-------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

8. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิกถอนเอาเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรรมกรรมประกันภัย จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นบ้างหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

| บริษัท | สาเหตุ | เมื่อใด |
|--------|--------|---------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

*กรณีที่มีกรรมกรรมประกันภัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มในข้อ 16

9. ผู้ขอเอาประกันภัยเสพ หรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่

☐ ไม่เสพ/ไม่เคยเสพ ☐ เสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด ปริมาณ ความถี่ ครั้ง ต่อสัปดาห์ เสพมานาน ปี

☐ เลิกเสพเมื่อ

10. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย

11. ผู้ขอเอาประกันภัยดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่

☐ ไม่ดื่ม/ไม่เคย ☐ ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด.....ปริมาณ แก้ว/กระป๋อง/ขวด ต่อครั้ง ความถี่..... ครั้ง ต่อสัปดาห์ ดื่มมานาน ปี

☐ เลิกดื่ม เมื่อ

12. ผู้ขอเอาประกันภัยสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่

☐ ไม่สูบบุหรี่/ไม่เคย ☐ สูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่ โปรดระบุปริมาณ มวน ต่อวัน สูบมานาน ปี

☐ เลิกสูบบุหรี่ เมื่อ

13. ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.

ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของผู้อยู่เอาประกันภัยเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ☐ ไม่เปลี่ยน ☐ เปลี่ยน

โปรดระบุน้ำหนัก ☐ เพิ่มขึ้น กก. ☐ ลดลง กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

14. ประวัติสุขภาพในช่วงเวลาที่ผ่านมา

ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ผู้ขอเอาประกันภัยเคยบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเคยได้รับการตรวจสุขภาพ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค (เช่น ความดันโลหิต การตรวจปัสสาวะ การตรวจเอ็กซเรย์ การตรวจเลือด การตรวจเอ็มอาร์ไอ (MRI) การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจโดยการส่องกล้อง การตรวจแมมโมแกรม การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ การตรวจแบบอื่น) หรือรับการผ่าตัด หรือการแนะนำจากแพทย์แผนปัจจุบัน หรือแพทย์ทางเลือกเพื่อการรักษาใด ๆ หรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

| โรค | วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการตรวจ/รักษา | ผลการตรวจ/รักษา | สถานพยาบาลที่ตรวจ/รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ) |
|-----|-------------------------------------|-----------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

15. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรค ตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย

หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ และระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบคำถามได้มากกว่า 1 ข้อ)

| | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดในสมอง <input type="checkbox"/> โรคอัมพฤกษ์ / โรคอัมพาต <input type="checkbox"/> โรคปอด หรือปอดอักเสบ <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ <input type="checkbox"/> โรคหอบหืด <input type="checkbox"/> โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง <input type="checkbox"/> โรคถุงลมโป่งพอง | <input type="checkbox"/> โรคไขข้ออักเสบ <input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ <input type="checkbox"/> โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ <input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือด <input type="checkbox"/> โรคตับหรือทางเดินน้ำดี <input type="checkbox"/> โรคแผลในทางเดินอาหาร | <input type="checkbox"/> โรคพิษสุราเรื้อรัง/ติ้าน <input type="checkbox"/> โรคไต <input type="checkbox"/> โรคข้ออักเสบ <input type="checkbox"/> โรคเก๊าท์ <input type="checkbox"/> โรคเอสแอลอี <input type="checkbox"/> โรคเลือด <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน | <input type="checkbox"/> โรคไทรอยด์ <input type="checkbox"/> โรคต่อมไทรอยด์ <input type="checkbox"/> เนื้องอก ก้อน หรือถุงน้ำ <input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง <input type="checkbox"/> โรคอ้วนหรือมีไขมันสะสม <input type="checkbox"/> พิการทางร่างกาย <input type="checkbox"/> โรคจิตเวช |
| โรค | วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย/ การรักษา/ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (ให้ระบุว่าในการได้รับการวินิจฉัย หรือ การรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์) | ผลการวินิจฉัย/การรักษา/ การตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ และอาการปัจจุบัน | สถานพยาบาลที่วินิจฉัย/การรักษา/ ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ) |
| | | | |
| | | | |

16. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม

ส่วนที่ 3 การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย

1. การรับรองสถานะ

| | | |
|--|--------------------------------|--|
| ก. ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่ | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ <input type="checkbox"/> ถือสัญชาติอเมริกัน <input type="checkbox"/> เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา <input type="checkbox"/> ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา |
| ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> เคยเป็นและสิ้นสุดบังคับ กรณีเป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่..... วันบัตรหมดอายุ | | |
| ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่ | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี |
| ง. ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา) | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี |

๒. คำรับรอง

- (1) ผู้ขอเอาประกันภัยรับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต ("บริษัท") มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- (2) ผู้ขอเอาประกันภัยรับทราบว่าเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของผู้ขอเอาประกันภัย ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- (3) ผู้ขอเอาประกันภัยจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- (4) ผู้ขอเอาประกันภัยจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ผู้ขอเอาประกันภัยเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้า หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- (5) ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (๓) และ (๔) ผู้ขอเอาประกันภัยให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

| |
|---|
| <p>ส่วนที่ 4 ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์ที่จะใช้สิทธิขอถอนเงินภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีความประสงค์</p> |
| <p>ส่วนที่ 5 ข้อความยินยอมยินยอมแสดงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันภัยของผู้ขอเอาประกันภัย และการให้ความยินยอม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ขอเอาประกันภัยขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ รวมถึงข้อมูลแสดงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งผู้ขอเอาประกันภัยเข้าใจดีว่า หากผู้ขอเอาประกันภัยไม่แสดงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย 2. ผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้ 3. ผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย 4. ผู้ขอเอาประกันภัยเข้าใจดีว่า หากผู้ขอเอาประกันภัยเพิกถอนความยินยอมตามข้อ ๒. หรือข้อ ๓. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อการพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้ขอเอาประกันภัยไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย 5. ผู้ขอเอาประกันภัยรับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของผู้ขอเอาประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตาม กรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน https://www.southeastlife.co.th/pdpa/life รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของ ผู้ขอเอาประกันภัยแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th 6. เมื่อผู้ขอเอาประกันภัยเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของผู้ขอเอาประกันภัยให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย <ol style="list-style-type: none"> (1) ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ผู้ขอเอาประกันภัยให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี) (2) ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่า ผู้ขอเอาประกันภัยได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ (3) ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่า ผู้ขอเอาประกันภัยได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว https://www.southeastlife.co.th/pdpa/life ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th (4) ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย |

7. กรณีผู้ขอเอาประกันภัยได้มีการขอสินเชื่อกับธนาคารหรือสถาบันการเงินและผู้ขอเอาประกันภัยผ่านธนาคารหรือสถาบันการเงิน ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้ธนาคารหรือสถาบันการเงินเปิดเผยข้อมูลรายละเอียดบัญชีเงินกู้ (ได้แก่ เลขที่บัญชีเงินกู้ วงเงินสินเชื่ออนุมัติ หนี้สินคงค้าง ระยะเวลาผ่อนชำระที่เหลืออยู่ และวันที่อนุมัติสินเชื่อ) และข้อมูลรายละเอียดหลักประกันที่เกี่ยวข้องกับบัญชีเงินกู้ของผู้ขอเอาประกันภัยให้แก่บริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ในการนี้ข้อมูลรายละเอียดหลักประกันเป็นข้อมูลของบุคคลอื่น ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองว่าบุคคลนั้นได้ยินยอมให้ธนาคารหรือสถาบันการเงินเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลนั้นให้แก่บริษัทเพื่อวัตถุประสงค์ข้างต้นด้วย

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครอง

ของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ส่วนที่ 6 คำเตือน

1. หากผู้เอาประกันภัยใช้สิทธิบอกเลิกสัญญาประกันภัยโดยขอเวนคืนกรมธรรม์ประกันภัย ผลประโยชน์ที่ผู้เอาประกันภัยได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไว้
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ผู้ขอเอาประกันภัยกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
3. หากผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเลิกการประกันภัยด้วยเหตุผลใดก็ตาม ผู้เอาประกันภัยสามารถส่งคืนหนังสือรับรองการประกันภัยมายังบริษัทภายในระยะเวลา 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือรับรองการประกันภัยจากทางบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกหนังสือรับรองการประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เอาประกันภัยไม่ต้องส่งคืนหนังสือรับรองการประกันภัย และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสอบสภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ 500 บาท การคืนค่าเบี้ยประกันภัยบริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 30 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับแจ้งการใช้สิทธิยกเลิกการประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ผู้เอาประกันภัยไม่มีสิทธิในการขอยกเลิกการประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

(ลงชื่อ)

(.....)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

รหัสพนักงาน (เจ้าหน้าที่ลูกค้าสัมพันธ์)

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครอง

ของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

แบบฟอร์มรับรองตนเองตาม CRS สำหรับลูกค้าประเภทบุคคลธรรมดา
 CRS Self-Certification form for individual Customer

โปรดให้ข้อมูลเป็นภาษาอังกฤษ Please specify in English

| | | |
|--|-------------------------------|---|
| ผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย (คำนำหน้า ชื่อ-นามสกุล) Applicant / Insured Name (Title/Name/Surname) | | ใบคำขอเอาประกันภัยเลขที่ / กรมธรรม์เลขที่ Application No. / Policy No. |
| สถานที่เกิด (Place of Birth) | จังหวัด/เมือง (Province/City) | ประเทศ (Country) |

| | |
|---------------------|--|
| ส่วนที่ 1 Part 1 | การแจ้งสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในแต่ละประเทศ นอกเหนือจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา CRS: Declaration of all Tax Residency |
|---------------------|--|

ท่านเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศที่นอกเหนือจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา ☐ ใช่ / Yes ☐ ไม่ใช่ / No
 Do you have **tax residence** in countries other than Thailand or the U.S.?

"ถิ่นที่อยู่ทางภาษี" หมายถึง ประเทศที่ท่านมีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ในประเทศนั้นสำหรับเงินได้ที่ได้รับจากประเทศนั้น และหรือประเทศอื่นๆ เนื่องจากการมีภูมิลำเนา ถิ่นที่อยู่ จำนวนวันที่ท่านอยู่ในประเทศนั้นในแต่ละปี หรือโดยการพิจารณาหลักเกณฑ์อื่นๆ
"tax residence" means particular jurisdictions in which you are liable to pay income tax by reason of domicile, residence, number of days you stay in that country in each year or any other criterion.

โปรดตอบ **"ใช่"** หากท่านเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่นๆ นอกเหนือจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา และโปรดระบุข้อมูลประเทศของถิ่นที่อยู่ทางภาษีและเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในประเทศนั้น ตามตารางด้านล่าง (หากท่านมีถิ่นที่อยู่ทางภาษีมากกว่า 5 ประเทศ กรุณากรอกข้อมูลในเอกสารเพิ่มเติม)
 You must answer **"Yes"** if you have tax residence in countries other than Thailand or the U.S. and specify your country of tax residence and a taxpayer identification number (TIN) in the table below. (If your tax resident is more than five countries, please use a separate sheet.)
 หากท่านตอบว่า **"ไม่ใช่"** ให้สิ้นสุดคำถามในส่วนที่ 2 นี้ If you select **"No"** end the question in Part 2.

| ประเทศถิ่นที่อยู่ทางภาษี Country of Tax Residence | หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศ Foreign Taxpayer Identification Number (TIN) | หากไม่มีหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศโปรดระบุเหตุผล เอ หรือ บี หรือ ซี If the Taxpayer Identification Number (TIN) is unavailable, enter Reason A, B or C | หากท่านเลือกเหตุผล บี โปรดอธิบายเหตุผลที่ท่านไม่สามารถขอหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีได้ If you select Reason B, Please explain why you are unable to obtain the Taxpayer Identification Number (TIN) |
|--|--|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

หากท่านไม่มีเลขประจำตัวผู้เสียภาษี กรุณาระบุเหตุผลดังต่อไปนี้ If a TIN is unavailable indicate which of the following reason is applicable.
เหตุผล (เอ) - ประเทศที่ผู้ถือบัญชีมีถิ่นที่อยู่ทางภาษี ไม่ได้ออกเลขประจำตัวผู้เสียภาษีให้กับผู้อาศัยอยู่ในประเทศนั้น
 Reason (A) - The jurisdiction where the account holder is a tax resident does not issue TIN to its resident.
เหตุผล (บี) - ผู้ถือบัญชียังไม่ได้รับเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ออกโดยประเทศนั้น (หมายเหตุ: โปรดอธิบายเหตุผลที่ท่านไม่สามารถขอหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีได้)
 Reason (B) - The account holder is otherwise unable to obtain a TIN (Note: Please explain why you are unable to obtain a TIN)
เหตุผล (ซี) - ไม่จำเป็นต้องให้หรือเปิดเผยเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (หมายเหตุ: เลือกเหตุผลนี้เฉพาะในกรณีที่กฎหมายภายในประเทศนั้นไม่ได้บังคับจัดเก็บเลขประจำตัวผู้เสียภาษี)
 Reason (C) - TIN is not required. (Note: Only select this reason only if the domestic law of the relevant jurisdiction does not require the collection of TIN issued by such jurisdiction)

| | |
|--|---|
| ส่วนที่ 2 Part 2 | การยืนยัน และการเปลี่ยนแปลงสถานะ Confirmation and Change of Status |
| <p>1. ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้อมูลทั้งหมดตามที่ให้ไว้ในแบบฟอร์มนี้ เป็นจริง ครบถ้วนสมบูรณ์ ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน <i>I confirm that the above information is true, complete, accurate, and current.</i></p> <p>2. ข้าพเจ้าเป็นผู้ถือกรมธรรม์(หรือเป็นผู้มีอำนาจลงนามในฐานะผู้ถือกรมธรรม์) ในกรมธรรม์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับแบบฟอร์มนี้ <i>I am the policyholder (or am authorized to sign for the policyholder) of all the policy(ies) to which this form relates.</i></p> <p>3. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่กรมสรรพากรเพื่อเป็นการปฏิบัติตาม พระราชกำหนดการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อการปฏิบัติตามข้อตกลงระหว่างประเทศเกี่ยวกับภาษีอากร พ.ศ. 2566 โดยท่านสามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทตามประกาศความเป็นส่วนตัวส่วนตัวสำหรับลูกค้าที่ปรากฏใน https://www.southeastlife.co.th/pdpa/life <i>I acknowledge that the Company will collect, use, disclose and/or transfer your Personal Data to the Revenue Department to comply with requirements set forth in the Emergency Decree Re: Exchanging information to comply with international agreements on taxation B.E.2566. For more detail on Personal Data handling, please read our Privacy Notice for customer https://www.southeastlife.co.th/pdpa/life</i></p> <p>4. ข้าพเจ้ารับทราบว่าข้อมูลปรากฏในแบบฟอร์มนี้ ข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้าและบัญชีที่ต้องรายงาน อาจถูกเปิดเผยต่อหน่วยงานด้านภาษีอากรของประเทศอื่นๆที่ข้าพเจ้ามีถิ่นที่อยู่ทางภาษี เพื่อให้เป็นไปตามความตกลงระหว่างรัฐบาลเกี่ยวกับการแลกเปลี่ยนข้อมูลบัญชีทางการเงิน <i>I acknowledge that the information contained in this form and information regarding me and any Reportable Account(S) may be provided to exchange with tax authorities of another country(ies) / jurisdiction(s) in which I may be a tax resident, pursuant to intergovernmental agreements to exchange financial account information.</i></p> <p>5. ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัทฯ ทราบ และนำส่งเอกสารประกอบให้แก่บริษัทฯ ภายใน 30 วัน หากมีการเปลี่ยนแปลงตามที่ได้แถลงไว้ในแบบฟอร์มนี้ หรือข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน และไม่ปัจจุบัน <i>I agreed to notify and provide relevant documents to the Company within 30 days, if there are any changes in circumstances that cause the provided information in this form to be incorrect, incomplete and not current.</i></p> | |

ข้าพเจ้ารับทราบและตกลงปฏิบัติตามข้อกำหนดและเงื่อนไขต่างๆ ในเอกสารฉบับนี้ และรับทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวส่วนตัวของบริษัทฯ แล้วจึงลงลายมือไว้เป็นหลักฐาน

I hereby acknowledge and agree to the terms and conditions specified herein and the Company's Privacy Policy by signing below.

วันที่ Date.....

.....
 (.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย
 Applicant / Insured

.....
 (.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ Giving Consent as
☐ บิดา/มารดา Parent
☐ ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย
 (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

Legal Representative/Legal Guardian of the Insured (in case the insured is a minor)



การให้คำยินยอมในการประมวลผลเพื่อการตลาดและการส่งเสริมการขาย

วันที่.....

เพื่อเป็นการให้ข้อมูลแก่ท่านเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการของ บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) และบริษัทในกลุ่มธุรกิจไทยกรุ๊ปโฮลดิ้งส์ (“กลุ่มบริษัท”) (เรียกรวมกันว่า “เรา” “ของเรา”) บริษัทจำเป็นต้องใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ได้แก่ ชื่อ นามสกุล เลขประจำตัวประชาชน หมายเลขโทรศัพท์ อีเมล และข้อมูลส่วนบุคคลอื่นใด ดังระบุในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของเรา เพื่อวัตถุประสงค์ในการวิเคราะห์เพื่อพัฒนาเสนอหรือจัดให้มีผลิตภัณฑ์ บริการ ดำเนินการส่งเนื้อหาเกี่ยวกับการส่งเสริมการขาย และการสื่อสารการตลาดทางตรงเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการของเรา คำแนะนำและข้อมูลในเรื่องต่าง ๆ ซึ่งรวมถึงการประกันภัย โปรแกรมให้รางวัล การให้สิทธิพิเศษ การประชาสัมพันธ์โครงการ หรือกิจกรรมของเรา เช่น กิจกรรมการกุศล กิจกรรมที่ไม่หวังผลกำไร และการจัดกิจกรรมทางการตลาด การประกวด จับฉลากชิงโชค งานอีเว้นท์ และการแข่งขันต่าง ๆ ที่ท่านอาจสนใจ รวมถึงการนำเสนอผลิตภัณฑ์และบริการของบริษัทผ่านช่องทางต่าง ๆ ได้แก่ ตัวแทน หรือนายหน้าประกันชีวิต โทรศัพท์ จดหมาย อีเมล Facebook Line Official Account เป็นต้น โดยเราอาจต้องเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่านให้แก่บุคลากร และพันธมิตรทางธุรกิจที่เกี่ยวข้องได้ซึ่งเราซึ่งเกี่ยวข้องกับการดำเนินกิจกรรมทางการตลาด และการกิจกรรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อที่บริษัท และบุคคลดังกล่าวสามารถดำเนินการจัดกิจกรรมทางการตลาด และมอบสิทธิพิเศษต่าง ๆ แก่ท่านได้

ท่านขอเพิกถอนความยินยอมได้ทุกเมื่อ โดยการถอนความยินยอมดังกล่าวจะไม่กระทบต่อการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลใด ๆ ที่ท่านได้ให้ความยินยอมไปแล้วก่อนหน้านี้ อย่างไรก็ตาม ท่านอาจพลาดโอกาสในการรับข้อเสนอผลิตภัณฑ์ บริการ และสิทธิประโยชน์ที่อาจเหมาะสมกับความต้องการของท่านโดยเฉพาะจากบริษัทในกลุ่มธุรกิจไทยกรุ๊ปโฮลดิ้งส์ ในกรณีที่ท่านไม่ให้ความยินยอมหรือขอถอนความยินยอม

ส่วน ก. สำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลให้ บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) และบริษัทในกลุ่มธุรกิจไทยกรุ๊ปโฮลดิ้งส์

☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

สามารถดูรายละเอียดบริษัทในกลุ่มธุรกิจไทยกรุ๊ปโฮลดิ้งส์ได้ที่ <https://www.tgh.co.th/subsidiary>

ส่วน ข. สำหรับให้เราเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลหรือข้อมูลใด ๆ ของท่านให้แก่พันธมิตรทางธุรกิจที่เชื่อถือได้

☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

สามารถดูรายละเอียดพันธมิตรทางธุรกิจที่เชื่อถือได้ของบริษัทในกลุ่มธุรกิจไทยกรุ๊ปโฮลดิ้งส์ได้ที่ <https://www.tgh.co.th/partner>

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจประกาศความเป็นส่วนตัว (Privacy Notice) ของบริษัทซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลและสิทธิของข้าพเจ้าตามกฎหมายแล้ว ท่านสามารถอ่านประกาศความเป็นส่วนตัวของบริษัทซึ่งเผยแพร่บนเว็บไซต์บริษัท <https://www.southeastlife.co.th/pdpa/life> หรือ QR Code นี้



ท่านสามารถร้องขอให้สิทธิที่มีตามกฎหมายได้ที่ศูนย์ดูแลลูกค้า โทร. 0 2255 5656 หรือ เจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (DPO)

อีเมล DPO@tgh.co.th หรือ ติดต่อตามที่อยู่

บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) 315 อาคารไทยกรุ๊ป ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500

การที่ท่านลงลายมือชื่อด้านล่างนี้ เป็นการที่ท่านรับทราบและให้ความยินยอมในการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของท่านเพื่อให้บริษัทดำเนินการตามที่ระบุในแบบความยินยอมนี้

ชื่อ-นามสกุล.....เลขประจำตัวประชาชน.....

หมายเลขโทรศัพท์.....อีเมล.....

ลงชื่อ

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ใช้อำนาจปกครอง

ของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล (กรณียังไม่บรรลุนิติภาวะ)