



สหกรณ์ออมทรัพย์ พนักงาน ธนาคาร จำกัด  
ใบสมัครโครงการ “ประกันชีวิตกลุ่มสวัสดิการ เพื่อสมาชิกและครอบครัว”  
 สมัครครั้งแรก     ปรับปรุงข้อมูล

**จัดส่งพร้อมเอกสารแนบ**

- สำเนาบัตรประชาชน ของผู้ขอรับความคุ้มครอง**ทุกท่าน**พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- หนังสือให้ความยินยอมเกี่ยวกับการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลฯ ของผู้ขอรับความคุ้มครอง**ทุกท่าน**

วันที่ \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้า \_\_\_\_\_ สมาชิกสหกรณ์เลขที่ \_\_\_\_\_  
พนักงานบริษัท \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ (สามารถติดต่อได้) \_\_\_\_\_

ขอแจ้งรายชื่อผู้ขอรับความคุ้มครองตามโครงการดังกล่าวข้างต้น ซึ่งเป็นสวัสดิการฯ ที่สหกรณ์ออมทรัพย์ พนักงานธนาคาร จำกัด มอบให้กับสมาชิก ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

รายชื่อผู้ขอรับความคุ้มครอง (*กรูณาเขียนตัวบรรจง*)	วัน/เดือน/ปีเกิด	อายุ (ปี)	ทุนประกัน (บาท)	หมายเหตุ
สมาชิก/สมาชิกสมทบ _____	_____	_____	ตามอายุสมาชิกภาพ / ตามประกาศ	
คู่สมรส _____	_____	_____	5,000.-	เฉพาะจดทะเบียนสมรส
บิดา _____	_____	_____	5,000.-	_____
มารดา _____	_____	_____	5,000.-	_____
บุตร _____	_____	_____	5,000.-	_____
_____	_____	_____	5,000.-	_____
_____	_____	_____	5,000.-	_____
_____	_____	_____	5,000.-	_____

**หมายเหตุ**

1. โปรดจัดส่งมาพร้อมกับเอกสารแนบ ได้แก่ หนังสือให้ความยินยอมเกี่ยวกับการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลอ่อนไหวเพื่อการทำประกันภัยกลุ่ม และสำเนาบัตรประชาชน หรือ ใบสูติบัตร ตามรายชื่อผู้ขอรับความคุ้มครองทุกท่านพร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
2. การให้ข้อมูลสำหรับบุคคลในครอบครัวเพื่อให้สหกรณ์จัดทำประกันนั้น ให้กรอกเฉพาะบุคคลที่ยังมีชีวิตอยู่ ณ วันที่ให้ข้อมูลเท่านั้น
3. สหกรณ์ของสงวนสิทธิ์เปลี่ยนแปลง หรือยกเลิกโครงการ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า

**สถานภาพของผู้ขอรับความคุ้มครอง**

1. **สมาชิก** ต้องเป็นสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์ พนักงาน ธนาคาร จำกัด
2. **คู่สมรส** เป็นสามี หรือ ภรรยาของสมาชิก (ต้องจดทะเบียนสมรสโดยถูกต้องตามกฎหมาย)
3. **บิดาและมารดา** ของสมาชิกตามหลักฐานทางราชการ ซึ่งไม่รวมถึงบิดาหรือมารดาบุญธรรม
4. **บุตร** ต้องเป็นทายาทตามกฎหมายของสมาชิก ซึ่งไม่รวมถึงบุตรบุญธรรม เริ่มคุ้มครองบุตรที่มีอายุตั้งแต่อายุ 1 เดือนขึ้นไป

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นผู้ให้รายละเอียดของ “ผู้ขอรับความคุ้มครอง” ดังกล่าวข้างต้นถูกต้องเป็นความจริงทุกประการ และสามารถนำเอกสารทางราชการมาแสดงเพื่อเป็นหลักฐาน เมื่อจะเรียกร้องขอรับผลประโยชน์ตามสิทธิที่จะพึงได้รับ แต่หากข้อมูลดังกล่าวไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้าขอให้ถือว่าการรับความคุ้มครองตามโครงการนี้เป็นอันยกเลิก โดยข้าพเจ้าไม่มีสิทธิรับทุนประกันตามโครงการนี้ ทั้งนี้ หากข้อมูลที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลง ข้าพเจ้าจะแจ้งให้สหกรณ์ทราบภายใน 30 วัน นับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลง

จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน **x** \_\_\_\_\_ สมาชิกสหกรณ์

( \_\_\_\_\_ )

**จัดส่งเอกสารได้ที่** ส่วนทะเบียนสมาชิกและเงินฝาก สหกรณ์ออมทรัพย์ พนักงาน ธนาคาร จำกัด (F6.D001001)

444 ศูนย์การค้าเอ็มบีเคเซ็นเตอร์ ชั้น 6 ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 06 3902 4015, 06 3902 3982

สำหรับเจ้าหน้าที่สหกรณ์	
ลงชื่อ _____ ผู้บันทึกข้อมูล	ลงชื่อ _____ ผู้ตรวจสอบ
วันที่ _____	วันที่ _____

**ความยินยอมของสมาชิกผู้เอาประกันภัย/สมาชิกสมทบ**

หนังสือให้ความยินยอมเกี่ยวกับการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลอ่อนไหวเพื่อการทำประกันภัยกลุ่ม

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

- สมาชิกผู้เอาประกันภัย
- สมาชิกสมทบ
  - คู่สมรส  บุตร (โดยนาย/นาง/นางสาว.....ในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม)  บิดาและ/มารดา

ขอให้ความยินยอมเกี่ยวกับการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลอ่อนไหวของข้าพเจ้าเพื่อการทำประกันภัยกลุ่มโดยผู้ถือกรมธรรม์ สหกรณ์ออมทรัพย์พนักงานธนาคาร จำกัด รายละเอียดตามหนังสือฉบับนี้

**1. ความยินยอมเกี่ยวกับการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล**

1.1 ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้ถือกรมธรรม์เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลอ่อนไหว (เช่น เชื้อชาติ ศาสนา ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ เป็นต้น) ของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์แก่ผู้รับประกันภัยและ/หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อวัตถุประสงค์ในการทำประกันภัย การตรวจสอบสุขภาพ การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน การปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ รวมถึงการใด ๆ อันเกี่ยวกับธุรกิจประกันภัย โดยการเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้รวมถึง แต่ไม่จำกัดเพียง สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้รับประกันภัย ตัวแทนประกันชีวิตหรือตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันชีวิตหรือนายหน้าประกันวินาศภัย บริษัทรับประกันภัยต่อ คู่ค้าหรือผู้ให้บริการของบุคคลดังกล่าว

1.2 ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้รับประกันภัยเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลอ่อนไหวของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ เพื่อวัตถุประสงค์ในการทำประกันภัย การตรวจสอบสุขภาพ การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน การปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ รวมถึงการใด ๆ อันเกี่ยวกับธุรกิจประกันภัย โดยการเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้รวมถึง แต่ไม่จำกัดเพียง สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ตัวแทนประกันชีวิตหรือตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันชีวิตหรือนายหน้าประกันวินาศภัย บริษัทรับประกันภัยต่อ ผู้ถือกรมธรรม์ และคู่ค้าหรือผู้ให้บริการของบุคคลดังกล่าว

1.3 ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ หรือบริษัทประกันภัยหรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีประวัติและ/หรือข้อมูลสุขภาพของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ เปิดเผยข้อมูลอ่อนไหวให้แก่ผู้รับประกันภัยหรือผู้แทนของผู้รับประกันภัย เพื่อการทำประกันภัย หรือการพิจารณาสินไหมตามกรมธรรม์ประกันภัยได้

1.4 ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจดีว่า ข้าพเจ้าและ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรมมีสิทธิถอนความยินยอม ขอเข้าถึงข้อมูล ขอสำเนาข้อมูล ขอรับข้อมูลโดยวิธีอัตโนมัติ ขอให้โอนข้อมูล ขอให้ลบ ทำลายหรือระงับใช้ข้อมูล และข้าพเจ้ามีสิทธิร้องเรียนต่อคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจดีว่าการเพิกถอนความยินยอม ขอให้ลบ ทำลายดังกล่าว หรือระงับใช้ข้อมูลจะมีผลกระทบต่อการใช้บริการเกี่ยวกับการประกันภัย การพิจารณาสินไหมตามเงื่อนไขกรมธรรม์ และการให้บริการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประกันภัย อันจะส่งผลให้ผู้รับประกันภัยไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขตามสัญญาประกันภัยได้

1.5 ข้าพเจ้ารับทราบว่าผู้รับประกันภัยจะทำการลบข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ ภายในเวลา 12 ปี หลังจากสิ้นสุดความสัมพันธ์กับข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์

**2. การรับรองความถูกต้องและยืนยันว่าได้รับความยินยอมเกี่ยวกับการเปิดเผยข้อมูลจากบุคคลในครอบครัว**

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

ทั้งนี้ ข้าพเจ้ารับทราบนโยบายข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับประกันภัยรวมถึงสิทธิในการยกเลิกความยินยอมตามเว็บไซต์ของผู้รับประกันภัยที่ผู้ถือกรมธรรม์จัดสวัสดิการไว้ให้แต่ละปี หรือตามช่องทางสื่อสารอื่นใดของผู้รับประกันภัยแล้ว

(ลงชื่อ) .....	สมาชิกผู้เอาประกันภัย	(ลงชื่อ) .....	ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ
( ..... )	หรือสมาชิกสมทบ	( ..... )	<input type="checkbox"/> บิดา / มารดา
วันที่ .....		วันที่ .....	<input type="checkbox"/> ผู้แทนโดยชอบธรรมของ
			สมาชิกผู้เอาประกันภัย/สมาชิก
			สมทบ (กรณีสมาชิกผู้เอาประกันภัย/
			สมาชิกสมทบยังไม่บรรลุนิติภาวะ

หมายเหตุ :

1. ข้อมูลส่วนบุคคล หมายถึง ข้อมูลเกี่ยวกับบุคคลซึ่งทำให้สามารถระบุตัวบุคคลนั้นได้ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อมแต่ไม่รวมถึงข้อมูลของผู้ถึงแก่กรรมโดยเฉพาะ
2. การลงนาม (กรณีสมาชิกผู้เอาประกันภัย/สมาชิกสมทบเป็นผู้เยาว์)
  - 2.1 กรณีผู้เยาว์มีอายุตั้งแต่ 10 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป แต่ไม่เกิน 20 ปีบริบูรณ์ ผู้เยาว์ต้องลงนามด้วยตนเองร่วมกับบิดาหรือ/มารดาหรือผู้แทนโดยชอบธรรม
  - 2.2 กรณีผู้เยาว์ที่มีอายุไม่เกิน 10 ปีบริบูรณ์ ต้องลงนามโดยบิดาหรือ/มารดาหรือผู้แทนโดยชอบธรรม