

**ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มสำหรับสมาชิก (Group Application for Member)**

ผู้ถือกรมธรรม์.....  
Policyholder  
ใบคำขอเอาประกันภัยเลขที่.....  
Application Number  
กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....  
Policy Number

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย** ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆอาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

**Warning by the Office of Insurance Commission** The Application must answer all questions truthfully. Any non-disclosure or false statements may cause the life insurance company to decline its claims payment. This is in accordance with the Civil & Commercial Code, Section 865

ชื่อ-นามสกุล (Name- Surname) .....  ชาย (Male)  หญิง (Female)  
 วันเดือนปีเกิด (Date of birth).....อายุ (Age)..... ปี (yrs.) น้ำหนัก (Wt.).....กก.(kg) ส่วนสูง (Ht.)..... ซม.(cm)  
 สัญชาติ (Nationality) ..... สถานภาพ (Status)  โสด (single)  สมรส (Married)  หม้าย (Widowed)  หย่า (Divorced)  
 เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างด้าว (ID/Passport No.)..... วันบัตรหมดอายุ (Expiry Date).....  
 ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ชื่อหมู่บ้าน..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....  
 Present Address No. Moo Name of village Soi Road  
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
 Sub district District Province Post code  
 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่ที่..... ชื่อหมู่บ้าน..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....  
 Permanent Address No. Moo Name of village Soi Road  
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
 Sub district District Province Post code  
 โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....  
 Tel. Mobile phone e-mail  
 อาชีพ (Occupation)..... วันเริ่มทำงาน (Joining Date)..... ตำแหน่ง (Position).....  
 หน้าที่รับผิดชอบ (Responsibility)..... รายได้ต่อปี (Annual income/Salary).....  
 สมัครในฐานะ (Applied as)  สมาชิก(Member)  คู่สมรส(Spouse)  บุตร (Child)  ฐานะอื่นๆ ของสมาชิก (As the other Member).....  
 แบบประกันภัย (Insurance Plan)..... จำนวนเงินเอาประกันภัย (Sum assured).....

ชื่อผู้รับประโยชน์ (Beneficiary)	อายุ (Age)	เลขที่บัตรประชาชน (ID No.)	ความสัมพันธ์ (Relationship)	สัดส่วน (Proportion%)
(ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ให้ถือว่าแบ่งเท่ากัน) (The proportion will be shared equally if no specific amount is stated)				
สหกรณ์ออมทรัพย์พนักงานธนาคาร จำกัด				
_____				
_____				
_____				

1. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนผู้สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ When applying for insurance or applying for reinstatement ,has your application ever been denied, deferred, charge extra premiums, or had to have your coverage changed to another plan other than the one you applied for ?

ไม่เคย (No)  เคย โปรดแจ้งรายละเอียด ( If Yes ,please describe) .....

2. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกต โดยแพทย์ว่าเป็นโรคปอดหรือปอดอักเสบ โรคหอบหืด โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดในสมอง โรคตับหรือทางเดินน้ำดี โรคไต โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคเอสแอลอี โรคเบาหวาน โรคกระเพาะ โรคจิต โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง พิการทางร่างกาย โรคเลือดหรือไม่ Have you ever been diagnosed with, treated for or mentioned about lung diseases , asthma, heart diseases, hypertension, stroke ,liver diseases, biliary tract diseases , kidney diseases, alcoholism, SLE, diabetes, cancers, psychosomatic traumas, AIDS or immune deficiencies, physical abnormalities, blood diseases ?

ไม่เคย (No)  เคย โปรดแจ้งรายละเอียด ( If Yes ,please describe) .....

3. ท่านเสพ หรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ หรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดีอาชญากรรมหรือไม่ Have you ever used any narcotic drugs, consumed alcohol on a regular basis, or been treated for alcoholism or drugs, or been involved in narcotics related litigation ?

ไม่เคย (No)  เคย โปรดแจ้งรายละเอียด ( If Yes ,please describe) .....

4. ในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการบาดเจ็บ การเจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพหรือไม่ In the last 5 years, have you ever injured, had a sickness, had an operation, consulted a doctor, been treated by a doctor, been given consultation by a doctor ?

ไม่เคย (No)  เคย โปรดแจ้งรายละเอียด ( If Yes ,please describe) .....

สมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย ขอให้คำยืนยันรับรองและยินยอม ดังต่อไปนี้

The Applying Member (Individual/Juristic Person) and the Insured (Juristic Person) confirm and agree as follows.

1. ข้าพเจ้ายืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัย และปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์

I confirm that all answers in this application and declaration to the medical examiner are true. I understand that if any declaration is untrue, The Company may decline the insurance and refuse to pay for any benefit as per policy condition.

2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้

I allow the physicians or other insurers or health institutions that may have my past health records, or those that shall do so in the future, to disclose the facts to the Company or its representatives for the purpose of underwriting this application or pay out benefits according to the policy conditions.

3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้

I allow the Company to file, use or disclose facts of my health to the insurer(s) or reinsurer(s) or other legal organizations or medical personnel(s) With regards to underwriting this application or to pay out benefit as per policy conditions or as needed for medical purpose.

4. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจการประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

I allow the Company to file, use or disclose facts of my health to The Office of Insurance Commission for the purpose of regulating the business of insurance.

ทำที่.....

(Made at)

วันที่.....

(Date)

ลงชื่อ (Signature).....

( )

พยาน/ตัวแทน/นายหน้าประกันชีวิต

(Witness/Agent/Broker)

ลงชื่อ (Signature).....

( )

ผู้ขอเอาประกันภัย

(Applicant)

ใบอนุญาตเลขที่.....

(License No.)

## ความยินยอมของสมาชิกผู้เอาประกันภัย

หนังสือให้ความยินยอมเกี่ยวกับการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลอ่อนไหว  
เพื่อการทำประกันภัยกลุ่ม

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

สมาชิกผู้เอาประกันภัย

สมาชิกสมทบ

คู่สมรส

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

บิดาและ/หรือมารดา

ขอให้ความยินยอมเกี่ยวกับการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลอ่อนไหวของข้าพเจ้าเพื่อการทำประกันภัย  
กลุ่มโดยผู้ถือกรมธรรม์ สหกรณ์ออมทรัพย์.....พนักงานธนาคารจำกัด..... รายละเอียดตามหนังสือฉบับนี้

### 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 ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจดีว่าหากข้าพเจ้าและ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรมมีสิทธิถอนความยินยอม ขอเข้าถึงข้อมูล ขอสำเนาข้อมูล ขอรับข้อมูลโดยวิธีอัตโนมัติ ขอให้โอนข้อมูล ขอให้ลบ ทำลายหรือระงับใช้ข้อมูล และข้าพเจ้ามีสิทธิร้องเรียนต่อคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจดีว่าการ

เพิกถอนความยินยอม ขอให้ลบ ทำลายดังกล่าว หรือระงับใช้ข้อมูลจะมีผลกระทบต่อ การรับประกันภัย การให้บริการเกี่ยวกับกรมธรรม์ การพิจารณาสินไหมตามเงื่อนไขกรมธรรม์ และการให้บริการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับประกันภัย อันจะส่งผลให้ผู้รับประกันภัยไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขตามสัญญาประกันภัยได้

- 1.5 ข้าพเจ้ารับทราบและผู้รับประกันภัยจะทำการลบข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและ/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

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....สมาชิกผู้เอาประกันภัย  
(.....)

(ลงชื่อ).....  
(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

- บิดา / มารดา  
 ผู้แทนโดยชอบธรรมของสมาชิกผู้เอาประกันภัย  
(กรณีสมาชิกผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

### หมายเหตุ :

- ข้อมูลส่วนบุคคล หมายถึง ข้อมูลเกี่ยวกับบุคคลซึ่งทำให้สามารถระบุตัวบุคคลนั้นได้ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อมแต่ไม่รวมถึงข้อมูลของผู้ถึงแก่กรรมโดยเฉพาะ
- การลงนาม( กรณีสมาชิกผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์)
  - กรณีผู้เยาว์มีอายุตั้งแต่ 10 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป แต่ไม่เกิน 20 ปีบริบูรณ์ ผู้เยาว์ต้องลงนามด้วยตนเองร่วมกับบิดาหรือมารดาหรือผู้แทนโดยชอบธรรม
  - กรณีผู้เยาว์ที่มีอายุไม่เกิน 10 ปีบริบูรณ์ ต้องลงนามโดยบิดาหรือมารดาหรือผู้แทนโดยชอบธรรม

### หนังสือให้ความยินยอมประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล

บริษัท ทีไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) ให้ความสำคัญกับความเป็นส่วนตัวของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลอยู่เสมอ บริษัททำการวิเคราะห์ความชอบ ความสนใจของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อประโยชน์สูงสุดในการพัฒนาผลิตภัณฑ์/บริการ เพื่อนำเสนอผลิตภัณฑ์ บริการ สิทธิประโยชน์ต่างๆ ที่เหมาะสมแก่เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลโดยเฉพาะ โดยบริษัทได้ระบุนโยบายละเอียดและขอบเขตการเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของเจ้าของข้อมูล ตามที่ปรากฏในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท ที่เผยแพร่บนเว็บไซต์ของบริษัท (<https://www.tlife.co.th>)

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว .....  
ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า ให้แก่ พันธมิตรทางธุรกิจของบริษัท ตามรายชื่อที่เผยแพร่บนเว็บไซต์ของบริษัท (<https://www.tlife.co.th>) เพื่อวัตถุประสงค์ดังนี้

- เพื่อวิเคราะห์ความชอบ ความสนใจ และการพัฒนาผลิตภัณฑ์/บริการ
- เพื่อการนำเสนอผลิตภัณฑ์/บริการ การเสนอข้อมูลทางการตลาด การติดต่อสื่อสาร การให้ข้อมูลข่าวสาร สิทธิประโยชน์ รายการส่งเสริมการขาย การโฆษณา และกิจกรรมการตลาด

ตามรายละเอียดที่ได้ระบุไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และให้ผู้รับข้อมูลดังกล่าวสามารถเก็บรวบรวม และใช้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ดังกล่าวข้างต้นได้

ข้าพเจ้าทราบว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนความยินยอมนี้เมื่อใดก็ได้ โดยสามารถดูรายละเอียดช่องทางการถอนความยินยอมได้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท ทั้งนี้ การถอนความยินยอมดังกล่าวไม่มีผลกระทบต่อประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นไปแล้วก่อนการถอนความยินยอม

ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจเนื้อหาของหนังสือยินยอมนี้อย่างละเอียดแล้ว และยืนยันว่า ข้าพเจ้าให้ความยินยอมในหนังสือฉบับนี้ด้วยความสมัครใจ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้ให้ความยินยอม  
วันที่ \_\_\_\_\_  
( )

หมายเหตุ : เพื่อสิทธิประโยชน์ที่ท่านจะได้รับ กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง  ทั้ง 2 ช่อง