



คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย
ผู้เอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิต
ปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

เลขที่บัตรนายหน้า / ตัวแทน กรมธรรม์เลขที่ ชื่อผู้ถือกรมธรรม์

ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่ **XO**  แบบคุ้มครองสินเชื่อ แผน

หนังสือรับรองการประกันภัยเลขที่ แบบเครดิตเฟิสต์ แผน

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกผู้เอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

- ชื่อและนามสกุลของสมาชิกผู้เอาประกันภัย ชื่อและนามสกุลเดิม
- เพศ ชาย หญิง เชื้อชาติ สัญชาติ
- อายุ ปี เกิดวันที่ เดือน พ.ศ.
- เอกสารที่ใช้แสดงตน บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ วันหมดอายุ
- หนังสือเดินทาง เลขที่ วันหมดอายุ
- ทะเบียนบ้าน อื่นๆ
- สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า ชื่อภรรยา /สามี
- ที่อยู่และที่ทำงาน
- ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่ หมู่บ้าน/อาคาร หมู่ที่ ตรอก/ซอย
- ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์
- โทรศัพท์ที่บ้าน โทรศัพท์มือถือ อีเมล
- ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ หมู่บ้าน/อาคาร หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน
- แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์
- โทรศัพท์ที่บ้าน โทรศัพท์มือถือ อีเมล
- สถานที่ทำงาน อาคาร เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย
- ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด
- รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
- สถานที่ติดต่อ ที่อยู่ปัจจุบัน ที่ทำงาน อื่นๆ
- อาชีพประจำ ตำแหน่ง ลักษณะงานที่ทำ
- ลักษณะธุรกิจ รายได้ต่อปี บาท
- อาชีพอื่นๆ (ถ้ามี) ตำแหน่ง ลักษณะงานที่ทำ
- ลักษณะธุรกิจ รายได้ต่อปี บาท
- ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ ไม่ใช่ ใช่
- จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท จำนวนเบี้ยประกันภัย บาท
- ระยะเวลาเอาประกันภัย ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย ปี
- ผู้รับประโยชน์ได้แก่ผู้ถือกรมธรรม์เท่าภาระหนี้ ถ้ามีเงินเหลือจ่ายให้แก่ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆกัน)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์	อายุ	ความสัมพันธ์	ที่อยู่	ร้อยละของผลประโยชน์

6. ท่านมีหรือเคยมีประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้ หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่มี มี ดังนี้

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)			เงินชดเชยรายวัน	ขณะนี้สัญญาที่มีผลบังคับหรือไม่
	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ		

7. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นบ้างหรือไม่
 ไม่เคย เคย ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

8. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่ ไม่เคย เคย

9. ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่

ไม่เสพ/ไม่เคยเสพ เสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด ปริมาณ
 ความถี่ ครั้ง/สัปดาห์ เสพมานาน ปี
 เลิกเสพ เมื่อ

10. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่

ไม่ดื่ม/ไม่เคย ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด ปริมาณ ขวด/ครั้ง
 ความถี่ ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน ปี
 เลิกดื่ม เมื่อ

11. ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่

ไม่สูบ/ไม่เคย สูบ/เคยสูบ โปรดระบุปริมาณ มวน/วัน สูบมานาน ปี
 เลิกสูบ เมื่อ

12. ส่วนสูง น้ำหนัก ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่

..... ซม. ก.ก. ไม่เปลี่ยน เปลี่ยน เพิ่มขึ้น ก.ก. ลดลง ก.ก.
 สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย

13. บิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา ของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบบีหรือไม่ ไม่เป็น เป็น ถ้าเป็น โปรดระบุรายละเอียด

บุคคลที่เป็น	โรค	อายุเมื่อเริ่มเป็น (ปี)

14. ภรรยา/สามี ของท่านเป็นโรคเอดส์ (HIV) หรือไวรัสตับอักเสบบีหรือไม่

ไม่เป็น เป็น หากเป็น กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง เป็นโรคเอดส์ (HIV) เป็นโรคไวรัสตับอักเสบบี

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย

15. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี

หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> สายตาพิการ	<input type="checkbox"/> โรคหอบหืด	<input type="checkbox"/> คีซ่าน	<input type="checkbox"/> โรคต่อมน้ำเหลืองโต
<input type="checkbox"/> โรคจอประสาทตา	<input type="checkbox"/> โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ม้ามโต	<input type="checkbox"/> เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ
<input type="checkbox"/> โรคต่อหีน	<input type="checkbox"/> โรคถุงลมโป่งพอง	<input type="checkbox"/> โรคตับอ่อนอักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง
<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดในสมอง	<input type="checkbox"/> ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ	<input type="checkbox"/> โรคไต	<input type="checkbox"/> โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง
<input type="checkbox"/> โรคอัมพฤกษ์/โรคอัมพาต	<input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> โรคข้ออักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคกามโรค (ภายใน 2 ปี)
<input type="checkbox"/> โรคพาร์กินสัน	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> โรคเก๊าท์	<input type="checkbox"/> พิกัดทางร่างกาย
<input type="checkbox"/> โรคความจำเสื่อม	<input type="checkbox"/> โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ	<input type="checkbox"/> โรคหนังแข็ง	<input type="checkbox"/> โรคจิต
<input type="checkbox"/> โรคชัก	<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือด	<input type="checkbox"/> โรคเอสแอลอี	<input type="checkbox"/> โรคประสาท
<input type="checkbox"/> โรคปอดหรือปอดอักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคแผลในทางเดินอาหาร	<input type="checkbox"/> โรคเลือด	<input type="checkbox"/> โรคซึมเศร้า
<input type="checkbox"/> โรควัณโรค	<input type="checkbox"/> โรคตับหรือท่อน้ำดี	<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> คาวานชินโดรม
	<input type="checkbox"/> โรคพิษสุราเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> โรคไทรอยด์	

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

16. ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่ ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี หากเคยมีหรือกำลังมี กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และให้ระบุอาการและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> การมองเห็นผิดปกติ <input type="checkbox"/> กล้ามเนื้ออ่อนแรง <input type="checkbox"/> ร่างกายสูญเสียประสาทรับความรู้สึก <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง <input type="checkbox"/> ไอเรื้อรัง <input type="checkbox"/> ไอเป็นเลือด <input type="checkbox"/> เหนื่อยง่ายผิดปกติ	<input type="checkbox"/> เจ็บหรือแน่นหน้าอก <input type="checkbox"/> ปวดท้องเรื้อรัง <input type="checkbox"/> อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด <input type="checkbox"/> ท้องมาน <input type="checkbox"/> มีเลือดปนในปัสสาวะ <input type="checkbox"/> ปวดข้อเรื้อรัง <input type="checkbox"/> เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง <input type="checkbox"/> คลำพบก้อนเนื้อ	อาการในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> อาการอ่อนเพลีย <input type="checkbox"/> น้ำหนักลด <input type="checkbox"/> ท้องเดินเรื้อรัง <input type="checkbox"/> ไข้เรื้อรัง <input type="checkbox"/> โรคผิวหนังเรื้อรัง	เฉพาะสตรี <input type="checkbox"/> กำลังตั้งครรภ์เดือน <input type="checkbox"/> โรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์และคลอดบุตร <input type="checkbox"/> เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด
---	---	--	---

อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มมีอาการ	อาการปัจจุบัน

17. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ

ก. การตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่ ไม่เคย เคย ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด

ตรวจอะไร	เมื่อใด	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจ	ข้อสังเกตโดยแพทย์

ข. การบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่มีได้ระบุไว้ข้างต้น ไม่เคย เคย ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด

อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่รับการรักษา	สถานพยาบาล	ผลการรักษา

ส่วนที่ 4 การรับรองสถานะและคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act ของประเทศสหรัฐอเมริกา (กฎหมาย FATCA)

1. การรับรองสถานะ

ก. ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

ไม่มี

มี โปรดระบุ ถือสัญชาติอเมริกัน เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่

ไม่เป็น

เป็น

เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ

ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่

ไม่มี

มี

2. คำยินยอมและตกลง

ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) อาจมีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตาม กฎหมาย FATCA ในการนี้ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้า หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่าย จากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัทต้องส่งหนังสือบอกกล่าวก่อนว่า ให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใดๆ หรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกาภายในระยะเวลา 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว ถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าว บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้ การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย และการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

ส่วนที่ 5 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย การให้ล้อยค่า การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
4. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

(ลงชื่อ)

(ลงชื่อ)

(.....)

(.....)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

สมาชิกผู้ขอเอาประกัน

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยที่กำหนดไว้
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่าน กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง

เอกสารประกอบใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่.....

ข้าพเจ้า..... ในฐานะผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรมของ..... ตามใบคำขอเอาประกันชีวิตของ บริษัท กรุงเทพประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) ขอให้ความยินยอมเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลและรับทราบหน้าที่ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต ในการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความยินยอมเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลตามที่ระบุไว้ในใบคำขอเอาประกันชีวิต

1. ความยินยอมเกี่ยวกับการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

- 1.1 ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลสุขภาพของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ต่อบริษัทประกันภัยอื่น หรือบริษัทรับประกันภัยต่อในประเทศและ/หรือ ต่างประเทศ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือประโยชน์ทางการแพทย์ หรือเพื่อการขอเอาประกันภัยในอนาคต
- 1.2 ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต เปิดเผยข้อมูลสุขภาพให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
- 1.3 ข้าพเจ้ายินยอมและเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าใช้สิทธิในการเพิกถอนความยินยอม คัดค้าน ลบหรือทำลาย ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าที่ให้กับบริษัทเพื่อเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า การเพิกถอนความยินยอม คัดค้าน ลบหรือทำลาย ดังกล่าว จะมีผลกระทบต่อพิจารณารับประกันภัย รวมถึงการให้บริการเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย หรือการจ่ายเงินผลประโยชน์ตามเงื่อนไขกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใดๆที่เกี่ยวข้องกับการประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามสัญญาประกันภัยได้ ซึ่งจะมีผลทำให้กรมธรรม์ประกันภัยของข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย และอาจไม่สามารถได้รับความคุ้มครองในระดับเดียวกับความคุ้มครองตามเงื่อนไขเดิมในอนาคตได้อีก

Type text here

ข้าพเจ้ายินยอมเกี่ยวกับการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลตามข้อความข้างต้น

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....
(.....)

(ลงชื่อ).....
(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

พยาน/ตัวแทน/นายหน้าประกันชีวิต

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

ลงชื่อ.....
(.....)

พยาน

บิดา/มารดา

ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ส่วนที่ 2 บทบาทหน้าที่ของตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิตในการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

บริษัท กรุงเทพประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัท") ขอเรียนแจ้งบทบาทและหน้าที่ของตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต ("ตัวแทน/นายหน้า") ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

การเสนอขายกรมธรรม์ประกันภัยของบริษัทในครั้งนี้ บริษัทได้มอบหมายให้ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต ("ตัวแทน/นายหน้า") ทำหน้าที่ในการเสนอขาย ชักชวน ชี้ช่อง หรือจัดการให้เกิดการเอาประกันภัย โดยรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลรวมถึงข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม หรือเชื้อชาติ เพื่อใช้ประกอบในการขอเอาประกันภัยหรือพิจารณารับประกันภัยของบริษัท ตลอดจนทำหน้าที่ให้บริการอื่นใด อันเกี่ยวเนื่องกับกรมธรรม์ประกันภัย ดังนั้น การสร้างความเข้าใจแก่ท่านเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของตัวแทน/นายหน้า ในการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน จึงเป็นเรื่องที่สำคัญสำหรับบริษัท บริษัทจึงขอแจ้งรายละเอียดบทบาทและหน้าที่ของตัวแทน/นายหน้า ดังต่อไปนี้

1. ตัวแทน/นายหน้า จะเสนอขายกรมธรรม์ประกันภัยตามขั้นตอนและวิธีการที่บริษัทกำหนดไว้เท่านั้น
2. ตัวแทน/นายหน้า จะรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของท่านที่ได้ให้ไว้ในขั้นตอนของการขอเอาประกันภัย ข้อมูลรายละเอียดที่กรอกในใบคำขอเอาประกันภัย แบบฟอร์มของบริษัท ตลอดจนเอกสารประกอบการพิจารณารับประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งในรูปแบบของกระดาษ อิเล็กทรอนิกส์ ไฟล์เสียง และไฟล์ภาพ ตามหลักเกณฑ์ ขั้นตอนและวิธีการที่บริษัทกำหนดไว้เท่านั้น
3. บริษัทไม่อนุญาตให้ตัวแทน/นายหน้า เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่านแก่บุคคลอื่นในทุกๆ ขั้นตอน และตัวแทน/นายหน้าจะต้องนำส่งข้อมูลส่วนบุคคลของท่านให้แก่บริษัทตามรูปแบบและวิธีการที่บริษัทกำหนดไว้เท่านั้น

ท่านสามารถศึกษารายละเอียดนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทเพิ่มเติมได้ที่ <https://bangkoklife.com/th/About/Child/68>
ข้าพเจ้าทราบดีว่าสามารถแจ้งยกเลิกความยินยอมนี้ได้ที่ Call Center โทร. 02-777-8888

ข้าพเจ้ารับทราบบทบาทและหน้าที่ของตัวแทน/นายหน้าตามข้อความข้างต้น

เขียนที่

(ลงชื่อ).....
(.....)
พยาน/ตัวแทน/นายหน้าประกันชีวิต

ลงชื่อ.....
(.....)
พยาน

วันที่ เดือน พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....
(.....)
ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

- บิดา/มารดา
 ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

หมายเหตุ:

1. ข้อมูลส่วนบุคคล หมายถึง ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับบุคคลซึ่งทำให้สามารถระบุตัวบุคคลนั้นได้ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม แต่ไม่รวมถึงข้อมูลของผู้ถึงแก่กรรมโดยเฉพาะ
2. การลงนาม (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์)
 - 2.1 กรณีผู้เยาว์มีอายุตั้งแต่ 10 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป แต่ไม่เกิน 20 ปีบริบูรณ์ ผู้เยาว์ และบิดา/มารดาหรือผู้แทนโดยชอบธรรม ต้องลงนามให้ความยินยอมร่วมกัน
 - 2.2 กรณีผู้เยาว์ที่มีอายุไม่เกิน 10 ปีบริบูรณ์ ต้องลงนามโดยบิดา/มารดาหรือผู้แทนโดยชอบธรรม