



สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท/For Office Use Only  
ประเภทกรมธรรม์ Policy Type.....  
กรมธรรม์เลขที่ Policy Number.....  
ใบรับรองเลขที่ Certificate No. ....  
ช่องทางขาย Sale Channel.....

**ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่ม สำหรับสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย (ชนิดมีคำถามสุขภาพ) แบบเพิ่มการใช้สิทธิยกเว้นภาษี**  
**Group Insurance Member Application Form (with Detailed Health Questions) with Tax Exemption Request**

**คำเตือน** ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย **Warning from the Office of Insurance Commission**  
ผู้ขอเอาประกันภัย ต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญา  
ประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 In pursuit to Section 865 of the Civil and Commercial Code, an insurance applicant is obligated to disclose  
all statements truthfully. Concealment of any fact or knowingly making any false statement could be a ground for the insurance company to deny contractual claim.

กรุณากรอกข้อความให้ครบถ้วนทุกคำถาม ถ้ามีการแก้ไข ชีดฆ่า ขูดลบ ต้องลงลายมือชื่อสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัยกำกับไว้ทุกแห่ง  
Please complete all inquiries below. Applicant must validate all amendments and deletions with signature.

ผู้ถือกรมธรรม์ (ชื่อหน่วยงาน / บริษัท): **จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**  
Policyholder Name (Company Name)

**ส่วนที่ 1** คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย  
**Part 1** Questions about applicant's personal information

ชื่อและนามสกุลของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย: ( น.ช./ น.ส./ บ.จ./ บ.ก./ บ.ค./ บ.ภ./ บ.ม./ บ.ว./ บ.ช. ) **จริงใจ เมืองไทย**  
Applicant's Name – Surname: (Mr. / Mrs. / Ms. / Master / Miss)

ชื่อและนามสกุลของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย (ภาษาอังกฤษ)  
Applicant's Name - Surname in English :

วัน/ เดือน/ ปี เกิด: <b>14 มกราคม 2530</b> Date of Birth (dd/mm/yyyy)	อายุ: <b>35 ปี</b> Age	น้ำหนัก: <b>52 Kg</b> Weight	ส่วนสูง: <b>164 cm</b> Height
--	---------------------------	---------------------------------	----------------------------------

เพศ: <input type="checkbox"/> ชาย Male Gender <input checked="" type="checkbox"/> หญิง Female	สัญชาติ: <b>ไทย</b> Nationality:	สถานภาพ: <input checked="" type="checkbox"/> โสด Single <input type="checkbox"/> สมรส Married Marital Status <input type="checkbox"/> หม้าย Widowed <input type="checkbox"/> หย่า Divorced
--	-------------------------------------	---

เอกสารที่ใช้แสดง  บัตรประจำตัวประชาชน  หนังสือเดินทาง  อื่นๆ โปรดระบุ.....  
Proof of Identity Identification Card Passport Other please indicate

เลขประจำตัวประชาชน/ หนังสือเดินทางเลขที่..... **xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx** .....วันหมดอายุ..... **14 มกราคม 2570**  
Identification Card No./Passport No. Expiry Date

**ที่อยู่ของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย Residential address of the applicant:**

1. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ **139** หมู่บ้าน/อาคาร..... **-** ..... หมู่ที่ **-** ตรอก/ซอย..... **สุขุมวิท 21** ถนน..... **สุขุมวิท 21**  
House Registration Address No. Village/ Building Moo Soi Road

แขวง/ตำบล..... **คลองเตยเหนือ** .....เขต/อำเภอ..... **วัฒนา** .....จังหวัด..... **กรุงเทพฯ** .....รหัสไปรษณีย์..... **10110**  
Sub District/ Tumbol District/Ampur Province Postal Code

ประเทศ..... **ไทย** ..... โทรศัพท์บ้าน..... **02-xxxxxxx** ..... โทรศัพท์มือถือ..... **089-xxx-xxxx** .....อีเมล..... **-**  
Country Home Phone Mobile Phone Email

2. ที่อยู่ปัจจุบัน  เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  
Current Address Same as House Registration Address

เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....  
No. Village/ Building Moo Soi Road

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
Sub District/ Tumbol District/Ampur Province Postal Code

ประเทศ..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....  
Country Home Phone Mobile Phone Email

สถานที่สะดวกในการติดต่อ  ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  ที่อยู่ปัจจุบัน  
Contact Address House Registered Address Current Address

เป็นสมาชิก/พนักงาน ของผู้ถือกรมธรรม์ วันเริ่มเป็นสมาชิก/เป็นพนักงาน.....  
Be a member/employee of policyholder Membership/ Employment Start Date

เป็นสมาชิกสมทบ (ผู้อยู่ในอุปการะ) ของสมาชิก/พนักงาน ของผู้ถือกรมธรรม์:  
Be additional member (Dependent) of a member/employee of policyholder:

ในฐานะ  คู่สมรส  บุตร หรือ  อื่นๆ (ระบุ)..... ของสมาชิก/พนักงานชื่อ(ชื่อ-นามสกุล) **นาย xxxxxxx xxxxxxx**  
Be Spouse Child or other (indicate) of Member/Employee name (Full name)

อาชีพ: Occupation	ตำแหน่ง: Position	ลักษณะงาน: Job Description
----------------------	----------------------	-------------------------------



**ส่วนที่ 2** รายละเอียดเกี่ยวกับผู้รับประโยชน์ : (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งผลประโยชน์เท่า ๆ กัน)

Part 2. Beneficiary: (If the allocation for each beneficiary is not specified, the Company assumes that all allocations are in equal proportion)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์ Beneficiary's Full Name	เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง/เอกสารที่หน่วยงานของรัฐออกให้ ID Card /Passport / Government Issued ID No.	อายุ Age	ความสัมพันธ์ Relationship	ที่อยู่ Address	ร้อยละของผลประโยชน์ % of Benefit
นาย xxxxxx xxxxxx			บิดา		60%
นาง xxxxxxxx xxxxxx			มารดา		60%

(คำแนะนำ เพื่อความรวดเร็วในการพิจารณารับประกัน กรุณาระบุผู้รับประโยชน์ที่มีความสัมพันธ์เป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หรือญาติที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตกับสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย) (Note: For prompt underwriting, please identify the beneficiaries who have a relationship as parents, spouse, children or relatives who have a blood relationship with the applicant.)

**ส่วนที่ 3** คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย และ สุขภาพของบุคคลในครอบครัวของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย

Part 3 Questions on the medical history or treatment of the insurance applicant, and Questions about the health of applicant's family members

1. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ ว่าท่านเป็น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคตับ โรคมะเร็ง หรือความผิดปกติอย่างร้ายแรง หรือไม่

Have you ever been diagnosed or been advised or been treated for heart disease, high blood pressure, diabetes, liver disease, cancer or any other serious diseases by a physician?

เคย  ไม่เคย  
Yes No
2. ในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บร้ายแรง หรือเคยปรึกษาแพทย์ หรือรับการรักษาดังกล่าวในโรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือคลินิกแพทย์ หรือได้รับคำแนะนำให้ทำการรักษาใด ๆ ที่มิได้กล่าวข้างต้น หรือไม่

Have you ever suffered from illness or had serious injury or received consultation or been treated in a hospital or clinic or been advised about any treatment not stated above during the past 2 years?

เคย  ไม่เคย  
Yes No
3. ท่านเคยได้รับการผ่าตัด หรือ ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้ผ่าตัดเช่นว่านั้น หรือไม่

Have you ever had or been advised to have any surgical operation?

เคย  ไม่เคย  
Yes No
4. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนผู้สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ประกันภัยจากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นบ้างหรือไม่

Have you ever been declined or postponed or charged for extra premium or charged the conditions for the application or reinstatement or renewal of a policy by this company or other companies?

เคย  ไม่เคย  
Yes No
5. ท่านมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดี ไม่มีมีอวัยวะส่วนใดของร่างกายพิการและ/หรือทุพพลภาพ หรือไม่ป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไม่ป่วยเป็นโรคร้ายแรงใด ๆ

Do you currently have healthy body and mind; do not have any disabilities or deformation , no AIDS, or any critical illnesses ?

ใช่  ไม่ใช่  
Yes No
6. บุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา) ของท่าน เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบ โรคเอดส์ (HIV) โรคกล้ามเนื้อสเคลอโรซิส โรคอัลไซเมอร์ หรือโรคพาร์กินสัน หรือไม่

Have any of your family members (father, mother, husband, wife, siblings) ever been diagnosed with heart disease, stroke, cancer, diabetes, kidney disease, hypertension, suicide attempt or mental illness, blood disease or hepatitis, AIDS (HIV), multiple sclerosis, Alzheimer's disease, or Parkinson's disease by a physician?

เป็น  ไม่เป็น  
Yes No

**หมายเหตุ:** ถ้าคำตอบข้อ 1 – 6 เป็นหรือใช่ โปรดระบุเลขที่คำถามและระบุรายละเอียด ชื่อโรค/อาการบาดเจ็บ วันเดือนปีที่ได้รับการตรวจ/รักษา ผลการตรวจ/รักษา หายดีหรือยัง หรือตรวจเช็กร่างกาย / ทานยาอยู่หรือไม่ สถานพยาบาลที่ตรวจ/รักษา และในกรณีที่ประสบอุบัติเหตุ โปรดระบุรายละเอียด (สำหรับข้อ 6 ถ้าตอบว่า เป็น โปรดระบุรายละเอียดเฉพาะ ชื่อโรค ที่บุคคลในครอบครัวท่านเป็นหรือเคยเป็น)

**Remark:** If any of the answers to questions 1 through 6 is "Yes", please specify the question number and details of disease/injury, diagnosis/treatment date, results of the examination/treatment, cured or not, or having health checkup/being on medication, medical center for examination/treatment. In case of an accident, please provide full details below. (For question No. 6, if the answer is yes, please specify only diseases that your family member has or used to have.)

.....

.....

.....



**ส่วนที่ 4 สมาชิกผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์ที่จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่**

**Part 4** Would you like to apply for the personal income tax exemption according to Tax Law?

- มีความประสงค์** และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่ กรมสรรพากรกำหนด และหากสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตาม กฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ .....
- Intends and gives consent to the life insurance company to send and disclose data of premium-related information to the Revenue Department according to its prescribed rules and methods. If the applicant is non-Thai residence who is obliged to pay personal income tax as stated in the Tax Law, **please fill in the tax identification number (TIN)**....., issued by the Revenue Department.
- ไม่มีความประสงค์**  
Does not intend to apply.

**ส่วนที่ 5 ข้อความยืนยันยินยอมแสดงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัยและการให้ความยินยอม**

**Part 5** Confirmation on declarations or answers provided in the life insurance application of the applicant, and consent

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย  
I hereby confirm that every answer I have given in this group insurance application and every declaration to the attending physician are true and correct in all respects. I understand that if I omit to disclose any fact, the Company may decline the application and contractual claim.
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตาม กรมธรรม์ประกันภัยได้ อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของการมอบอำนาจนี้ให้มีผลสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ  
I and/or my legal representative give consent to physician or insurance company or medical center or any other individual(s) that has my and/or the minor's information pertaining to health, disability, sexual behavior, biological information, genetic information, or racial or will have in the future, to disclose such information to the Company or its representatives for the purposes of insurance application, underwriting or policy benefit payment. A photocopy of this authorization shall be effective and valid as the original.
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูล ชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อผู้ถือกรมธรรม์ บริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัท ประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย  
I and/or my legal representative give consent to the Company to collect, use, or disclose my and/or the minor's information pertaining to health, disability, sexual behavior, biological information, genetic information, or racial to policyholder, other insurance companies, reinsurance brokers, reinsurance companies, legal authorities, medical centers, physicians, medical profession personnel, life insurance agents or life insurance brokers for the purposes of insurance application, underwriting or policy benefit payment.
- ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อการศึกษารับประกันภัย การ จ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตาม เงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะส่งผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย  
I understand that if I withdraw the consent given to the Company under item 2. or item 3. above, it will affect the Company's underwriting, insurance policy benefit payment or any services in connection with insurance policy, which will consequently cause the Company to be unable to perform as stated under the terms and conditions of the insurance policy, with the result that I will not be able to receive coverage according to the insurance policy.
- ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอา ประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน [www.muangthai.co.th/th/privacy-policy นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท] รวมทั้งรับทราบ ว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและ ส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th.  
I hereby acknowledge that the Company will collect, use, disclose and/or transfer my personal data as well as my sensitive data for the purposes of insurance application, underwriting, insurance policy benefit payment according to the Company's Personal Data Protection Policy as shown in [www.muangthai.co.th/en/privacy-policy the Company's Personal Data Protection Policy]. I also acknowledge that the Company will disclose my personal data to the Office of Insurance Commission (OIC) for the benefit of an insurance supervision and promotion of life insurance business according to the laws pertaining to life insurance and the Office of Insurance Commission. Details of the OIC's collection, use and disclosure are subject to the OIC's Personal Data Protection Policy as shown in www.oic.or.th.



6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือ การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย

In the event I disclose personal data of any other person(s), besides mine, to the Company for the purposes of insurance application, underwriting, or insurance policy benefit payment,

(1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัท และจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)

I hereby represent and warrant that I have already verified the accuracy and completeness of personal data of others that I have provided to the Company. I will keep the Company notified if there is any change to the given personal data of others.

(2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ

I hereby represent and warrant that I have already received consent or have relied on a lawful basis for collecting, using, disclosing and/or transferring personal data of others in pursuance of applicable laws.

(3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว [www.muangthai.co.th/th/privacy-policy นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท] ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตาม นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th

I hereby represent and warrant that I have already informed the others of the Company's Personal Data Protection Policy [www.muangthai.co.th/en/privacy-policy the Company's Personal Data Protection Policy]. The Office of Insurance Commission (OIC) has already been notified by me about the objectives of the collection, use, disclosure and/or transfer of personal data for the benefit of an insurance supervision and promotion of life insurance business according to the laws pertaining to life insurance and the Office of Insurance Commission. The OIC will collect, use, disclose and/or transfer personal data of others according to the OIC's Personal Data Protection Policy as shown in www.oic.or.th.

(4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึง วัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

I hereby represent and warrant that the Company and the Office of Insurance Commission can collect, use, disclose and/or transfer personal data of others according to the objectives specified in the applicable personal data protection policies of the Company and of the OIC which might be amended occasionally, as well as all objectives specified in this document and in other related insurance application documents.

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

I have read and agreed with all of the contents stated in this document, and I have acknowledged the personal data protection policies of the Company and of the OIC. Thus, I hereby affixed my signature below.

**ก่อนลงลายมือชื่อให้ทำกรณมาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย**  
Before signing this application form, please check the answers once again to ensure the completeness of insurance contract.

เขียนที่........  
Written at

วันที่ .....เดือน .....พ.ศ. ....  
Date Month Year (B.E)

ลงชื่อ/Signature.....

ลงชื่อ/Signature .....

(.....)

(.....)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

สมาชิกผู้เอาประกันภัย

Witness / Life Insurance Agent / Life Insurance Broker

Insurance Applicant



ภาษาไทย English

สแกนเพื่ออ่านรายละเอียด  
นโยบายข้อมูลส่วนบุคคล  
Scan to read personal data  
protection policy

ลงชื่อ/Signature .....

ลงชื่อ/Signature.....

(.....)

(.....)

พยาน

Witness

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของ

สมาชิกผู้เอาประกันภัย (กรณีสมาชิกผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

Giving Consent Legal Representative/Legal Guardian of the Insurance Applicant. (In case the insurance applicant is a minor)