

ประกันชีวิตคุ้มครองสินเชื่อ



คุ้มครองภาระสินเชื่อ

- ✓ ไม่เป็นภาระกับผู้ค้าประกัน
- ✓ ทายาทไม่ต้องรับภาระหนี้สิน
- ✓ สหกรณ์ไม่มีหนี้คงค้าง

เบี้ยประกัน

ชำระเบี้ยประกันครั้งเดียว
คุ้มครองตลอดสัญญา

ลดหย่อนภาษี

เบี้ยประกันสามารถลดหย่อน
ภาษีได้สูงสุด 100,000 บาท
(สำหรับระยะเวลาคุ้มครองตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป)

ความคุ้มครอง	ผลประโยชน์การจ่าย
กรณีเสียชีวิต	บริษัทฯจ่ายผลประโยชน์ 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัยตลอดระยะเวลาเอาประกันภัย
กรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง	บริษัทฯจ่ายผลประโยชน์ 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัยตลอดระยะเวลาเอาประกันภัย โดยแบ่งจ่ายเป็น 2 งวด ดังนี้ งวดที่ 1 จ่ายเมื่อทุพพลภาพฯ มาครบ 6 เดือน โดยจ่าย = 50% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย งวดที่ 2 จ่ายเมื่อทุพพลภาพฯ มาครบ 12 เดือน (6 เดือน นับจากงวดที่ 1) โดยจ่าย = 50% ของจำนวนเงินเอาประกันภัยที่เหลือจากงวดแรก
ขยายความคุ้มครองกรณี ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง	สงคราม ปฏิวัติ กบฏ จลาจล ก่อการร้าย, การบาดเจ็บเมื่ออยู่ในอากาศยานที่ได้จดทะเบียน, การขับขี่หรือปฏิบัติหน้าที่ประจำอากาศยาน, การปฏิบัติหน้าที่เป็นทหาร, ตำรวจหรืออาสาสมัครในการปราบปราม
ช้อยกเว้น	มรณกรรมจากการฆ่าตัวตายหรือโรคที่เป็นมาก่อนการทำประกัน ภายในปีแรกของการประกัน *ช้อยกเว้นอื่นๆตามเงื่อนไขกรมธรรม์

รับประกันโดย บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)



บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
123 ถนนรัชดาภิเษก เขตดินแดง กรุงเทพฯ 10400
โทร. 0 2247 0247 โทรสาร 0 2246 9946
www.thaiflife.com ทะเบียนเลขที่ 0107555000104

ที่ 2203-0015/2565

20 พฤษภาคม 2565

เรื่อง นำส่ง หนังสือให้ความยินยอมเก็บ รวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์

เพื่อให้เป็นไปตามพรบ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562 บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) จึงขอ นำส่งเอกสารประกอบการขอเอาประกันชีวิตมายังสหกรณ์ ดังนี้

1. หนังสือให้ความยินยอมเก็บ รวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล PDPA Consent Form (เพื่อแนบใบคำขอเอาประกันชีวิตคุ้มครองสินเชื่อ)

ทั้งนี้ สำหรับการขอสมัครเอาประกันชีวิต โดยยึดตามวันที่ลงนามตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2565 เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการและขอขอบคุณในความร่วมมือเป็นอย่างยิ่งมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)



หนังสือให้ความยินยอมเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

วันที่.....

โดยการทำเครื่องหมาย ลงในช่อง และลงลายมือชื่อในเอกสารฉบับนี้

ข้าพเจ้า (ต.ญ./ต.ช./นาย/นางสาว) ผู้ขอเอาประกันภัย
โดย(นาย/นาง/นางสาว)ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย
ขอยืนยันด้วยแถลงในใบคำขอเอาประกันและยินยอมให้ บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัท") เก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูล
ส่วนบุคคล ภายใต้ขอบเขตวัตถุประสงค์ดังนี้

ส่วนที่ 1: ข้อความยืนยันด้วยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัยและการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงด้วยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริง
ทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
ประกันภัย
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูล
สุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต
สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
ประกันภัยได้
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ
ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ
หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอ
เอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อพิจารณา
รับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติ
ตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอ
เอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน
[<https://www.thailife.com/PrivacyPolicy>] รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและ
ส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิต
และกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ.
ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
- เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณา
รับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้า
ให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้
เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ

- (3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว [https://www.thaillife.com/PrivacyPolicy นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิต และกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th]
- (4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

ยืนยันถ้อยแถลงและให้ความยินยอม (ส่วนที่ 1)

ส่วนที่ 2 : การให้ความยินยอมในการประมวลผลเพื่อการตลาดและการส่งเสริมการขาย

ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวมและใช้ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลส่วนบุคคลอ่อนไหว ได้แก่ ประวัติอาชญากรรม ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม หรือข้อมูลที่มีความอ่อนไหวอื่นที่กฎหมายกำหนดของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ ซึ่งรวมถึงการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งอื่น และ/หรือยินยอมให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวแก่ ตัวแทนหรือนายหน้าประกันชีวิต ผู้ถือกรรมสิทธิ์ ผู้ประมวลผลข้อมูล ในนามบริษัท หรือที่บริษัทว่าจ้าง บริษัทในเครือและพันธมิตรทางธุรกิจ เพื่อการวิเคราะห์ประมวลผล การพัฒนาผลิตภัณฑ์หรือบริการ การดำเนินกิจกรรมทางการตลาดแบบตรง การสื่อสารด้านการตลาด ข้อมูลข่าวสาร ข้อเสนอพิเศษ ข้อมูลส่งเสริมการขายและสิทธิประโยชน์เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการของบริษัท บริษัทในเครือและพันธมิตรทางธุรกิจ ซึ่งรวมถึงการส่งข้อมูลดังกล่าวเพื่อให้บริการหรือการทำการตลาดในต่างประเทศ การนำเสนอผลิตภัณฑ์และบริการของบริษัทผ่านช่องทางต่างๆ ได้แก่ ตัวแทนหรือนายหน้าประกันชีวิต โทรศัพท์ ดิจิทัล จดหมายหรืออีเมล เป็นต้น การจัดการด้านสิทธิประโยชน์และการให้บริการ หรือประชาสัมพันธ์โครงการหรือกิจกรรมของบริษัท เช่น กิจกรรมเพื่อสังคม ผ่านช่องทางต่างๆ รวมถึงการเก็บข้อมูลการเข้าร่วมโครงการหรือกิจกรรมดังกล่าว

ให้ความยินยอม (ส่วนที่ 2)

หมายเหตุ :

เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลสามารถถอนความยินยอมข้างต้นได้ทุกเมื่อ แต่การถอนความยินยอมจะไม่กระทบซึ่งสิทธิของบริษัทในการเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลใดๆ ตามฐานทางกฎหมายอื่นภายใต้ พ.ร.บ. คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562

ท่านสามารถศึกษารายละเอียดนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลได้ที่เว็บไซต์ (<https://www.thaillife.com/PrivacyPolicy>)หรือสามารถสแกนคิวอาร์โค้ดที่ปรากฏ



ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครอง

ของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)



Thai Life Insurance Public Company Limited
 123 Ratchadaphisek Road, Din Daeng, Bangkok 10400, Thailand
 Tel. +66 2247 0247 Fax. +66 2246 9946
 www.thailife.com Registration No. 0107555000104

CRS Self-Certification Form for Individual Customer (Please specify in English.)

แบบแจ้งสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น สำหรับลูกค้าประเภทบุคคลธรรมดา (โปรดระบุเป็นภาษาอังกฤษ)

1. Insurance Applicant / Insured (title, name-surname)

ผู้ขอประกันภัย / ผู้รับประกันภัย (ตำแหน่ง / ชื่อ-นามสกุล)

MR.SUKSAN WANPIMAI

2. Application Form No. / Policy No.

เลขที่ใบคำขอประกันภัย / เลขที่กรมธรรม์ประกันภัย

3. Do you have tax residence in countries other than Thailand or the U.S.? Please provide details in section 3.1 to 3.6

ท่านเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ในประเทศอื่น นอกเหนือจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา ใช่หรือไม่
 ถ้า "ใช่" โปรดระบุรายละเอียดเพิ่มเติมในตารางข้อ 3.1 ถึง 3.6

Yes/ใช่ No/ไม่ใช่

3.1 Place of Birth (city and country)

สถานที่เกิด (เมืองและประเทศ)

City / เมือง Country / ประเทศ

3.2 Current Address/ (ที่อยู่ปัจจุบัน)

House No./เลขที่ Village/หมู่บ้าน Building/อาคาร Floor/ชั้นที่
 Village No./หมู่ที่ Road/ถนน Sub-district/ ตำบลชนบท
 City or town/ อำเภอ/เขต Province/ จังหวัด
 Country/ ประเทศ Postal Code/ รหัสไปรษณีย์

If a TIN is unavailable, please provide the appropriate reason A, B or C as defined below:

- Reason (A) – The jurisdiction where you are a tax resident does not issue the taxpayer identification number (TIN) to its residents.
- Reason (B) – You have not obtained the taxpayer identification number (TIN) issued by that jurisdiction (Remark: Please explain why you are unable to obtain the taxpayer identification number (TIN).)
- Reason (C) – Taxpayer identification number (TIN) is not required (Remark: Select this reason only if the domestic law of that country does not require the collection of the taxpayer identification number (TIN).)

หากท่านไม่สามารถระบุเหตุผลของประจำตัวผู้เสียภาษีได้ โปรดระบุเหตุผล เอ บี หรือซี ตามที่ระบุไว้ด้านล่าง:

- เหตุผล (เอ) - ประเทศที่ท่านมีถิ่นที่อยู่ทางภาษี ไม่ได้ออกเลขประจำตัวผู้เสียภาษีให้กับผู้อยู่ในประเทศนั้น
- เหตุผล (บี) - ท่านยังไม่ได้รับเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ออกโดยประเทศนั้น (หมายเหตุ: โปรดอธิบาย เหตุผลที่ท่านไม่สามารถขอเลขประจำตัวผู้เสียภาษีได้)
- เหตุผล (ซี) - ไม่จำเป็นต้องให้หรือเปิดเผยเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (หมายเหตุ: เลือกเหตุผลนี้เฉพาะ ในกรณีที่กฎหมายภายในประเทศนั้น ไม่ได้บังคับให้จัดเก็บเลขประจำตัวผู้เสียภาษี)

3.3 Country of Tax Residence ประเทศอื่นที่อยู่ทางภาษี	3.4 Foreign Taxpayer Identification Number (TIN) หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในประเทศ	3.5 If the taxpayer identification number (TIN) is not available, enter Reason A, B or C. หากไม่มีหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศโปรดระบุเหตุผล เอ บี หรือ ซี	3.6 If you select Reason B, please explain why you are unable to obtain the taxpayer identification number (TIN). หากท่านเลือกเหตุผล บี โปรดอธิบายเหตุผลที่ท่านไม่สามารถขอหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศได้
		<input type="checkbox"/> A(เอ) <input type="checkbox"/> B(บี) <input type="checkbox"/> C(ซี)	
		<input type="checkbox"/> A(เอ) <input type="checkbox"/> B(บี) <input type="checkbox"/> C(ซี)	
		<input type="checkbox"/> A(เอ) <input type="checkbox"/> B(บี) <input type="checkbox"/> C(ซี)	
		<input type="checkbox"/> A(เอ) <input type="checkbox"/> B(บี) <input type="checkbox"/> C(ซี)	
		<input type="checkbox"/> A(เอ) <input type="checkbox"/> B(บี) <input type="checkbox"/> C(ซี)	

4. Confirmation and Change of Status

การยืนยันและการเปลี่ยนแปลงสถานะ

- 4.1 You confirm that the above information is true, complete, accurate and current.
- 4.2 You acknowledge and agree that if the information provided on this form is false, inaccurate or incomplete, Thai Life Insurance Company Limited ("Company") shall be entitled to terminate, at its sole discretion, the entire relationship with you or part of such relationship as the Company may deem appropriate.
- 4.3 You agree to notify and provide relevant document to the Company within 30 days after any change in circumstances that cause the information provided in this form to be incorrect, incomplete or not current.
- 4.4 You acknowledge and agree that in case of failure to comply with item 3 above, or provision of any false, inaccurate or incomplete information as to your status, the Company shall be entitled to terminate, at its sole discretion, the entire relationship with you or part of such relationship as the Company may deem appropriate.

- 4.1 ท่านยืนยันว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริง ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน
- 4.2 ท่านรับทราบและตกลงว่าหากข้อมูลที่ให้มาบนแบบฟอร์มนี้ เป็นข้อมูลอันเป็นเท็จ ไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) "บริษัทฯ" มีสิทธิใช้ดุลยพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัทฯ เห็นสมควร
- 4.3 ท่านตกลงที่จะแจ้งให้บริษัทฯ ทราบและนำส่งเอกสารประกอบให้แก่บริษัทฯ ภายใน 30 วัน หลังจากมีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงอันทำให้ข้อมูลของท่านที่ระบุในแบบฟอร์มนี้ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน หรือ ไม่เป็นปัจจุบัน
- 4.4 ท่านรับทราบและตกลงว่าในกรณีที่ท่านไม่ได้ดำเนินการตามข้อ 3 ข้างต้น หรือมีการนำส่งข้อมูลอันเป็นเท็จ ไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบถ้วนสมบูรณ์เกี่ยวกับสถานะของท่าน บริษัทฯ มีสิทธิใช้ดุลยพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัทฯ เห็นสมควร

If you fail to provide the information necessary for consideration of status of a tax resident of other countries, or to provide the information required to be reported to the Company, or if you fail to provide a waiver of a law that would prevent reporting, the Company shall be entitled to terminate, at its sole discretion, the entire relationship with you or part of such relationship as the Company may deem appropriate.

By signing below, I hereby acknowledge and agree to the terms and conditions specified herein, which include the conditions to terminate the relationship with me and the Company's Privacy Policy.

หากท่านไม่ให้ข้อมูลที่จะเป็นข้อมูลพิจารณาสถานะความเป็นผู้อยู่ถิ่นที่อยู่นานกว่า 180 วันในประเทศอื่น หรือข้อมูลที่เป็นสิ่งรายงานให้แก่บริษัทฯ หรือไม่สามารถจะขอให้ตนรับการมีถิ่นที่อยู่นานกว่าที่กำหนดไว้ บริษัทฯ มีสิทธิใช้ดุลยพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัทฯ เห็นสมควร

ข้าพเจ้ารับทราบและตกลงปฏิบัติตามข้อกำหนดและเงื่อนไขต่างๆ ในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งรวมถึงเงื่อนไขในการยุติความสัมพันธ์กับข้าพเจ้า และรับทราบโดยนัยว่าเป็นส่วนหนึ่งของบริษัทฯ แล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

For more information about the Company's Privacy Policy and the rights of the data subject, please visit the website, <https://www.thailife.com/PrivacyPolicy>, or scan this QR code.

ท่านสามารถศึกษา และเรียนรู้รายละเอียดของข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทฯ และสิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลได้ที่เว็บไซต์ (<https://www.thailife.com/PrivacyPolicy>) หรือสามารถสอบถามได้ที่ฝ่ายกฎหมาย



ลายเซ็นเดียวกับในใบคำขอ

Signature (.....) (ลงชื่อ).....
 (.....)
 Date (วันที่) วันที่ลงนาม
 Applicant / ผู้ขอประกันภัย

.....
 (.....)
 Date (วันที่)
 Person giving consent as the legal representative, or parent of the applicant, if the applicant is a minor / ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอประกันภัย (กรณีผู้ขอประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)



Thai Life Insurance Public Company Limited
 123 Ratchadaphisek Road, Din Daeng, Bangkok 10400, Thailand
 Tel. +66 2247 0247 Fax. +66 2246 9946
 www.thaillife.com Registration No. 0107555000104

CRS Self-Certification Form for Individual Customer (Please specify in English.)

แบบแจ้งสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น สำหรับลูกค้าประเภทบุคคลธรรมดา (โปรดระบุเป็นภาษาอังกฤษ)

1. Insurance Applicant / Insured (title, name-surname)

ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย (คำนำหน้า ชื่อ-นามสกุล)

2. Application Form No. / Policy No.

เลขที่ใบคำขอเอาประกันภัย / เลขที่กรมธรรม์ประกันภัย

3. Do you have tax residence in countries other than Thailand or the U.S.? Please provide details in section 3.1 to 3.6

ท่านเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ในประเทศอื่น นอกเหนือจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา ใช่หรือไม่ ถ้า "ใช่" โปรดระบุรายละเอียดเพิ่มเติมในตารางข้อ 3.1 ถึง 3.6

Yes/ใช่ No/ไม่ใช่

3.1 Place of Birth (city and country)

สถานที่เกิด (เมืองและประเทศ)

City / เมือง Country / ประเทศ

3.2 Current Address/ (ที่อยู่ปัจจุบัน)

House No./เลขที่..... Village/หมู่บ้าน..... Building/อาคาร..... Floor/ชั้นที่.....
 Village No./หมู่ที่..... Road/ ถนน..... Sub-district/ ตำบล/แขวง.....
 City or town/ อำเภอ/เขต..... Province/ จังหวัด.....
 Country/ ประเทศ..... Postal Code/ รหัสไปรษณีย์.....

If a TIN is unavailable, please provide the appropriate reason A, B or C as defined below:

Reason (A) – The jurisdiction where you are a tax resident does not issue the taxpayer identification number (TIN) to its residents.

Reason (B) – You have not obtained the taxpayer identification number (TIN) issued by that jurisdiction (Remark: Please explain why you are unable to obtain the taxpayer identification number (TIN).)

Reason (C) – Taxpayer identification number (TIN) is not required (Remark: Select this reason only if the domestic law of that country does not require the collection of the taxpayer identification number (TIN).)

หากท่านไม่สามารถระบุหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีได้ โปรดระบุเหตุผล เอ บี หรือซี ตามที่ระบุไว้ด้านล่าง:

เหตุผล (เอ) - ประเทศที่ท่านมีถิ่นที่อยู่ทางภาษี ไม่ได้ออกเลขประจำตัวผู้เสียภาษีให้กับผู้อยู่อาศัยในประเทศนั้น

เหตุผล (บี) - ท่านยังไม่ได้รับเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ออกโดยประเทศนั้น (หมายเหตุ: โปรดอธิบายเหตุผลที่ท่านไม่สามารถขอเลขประจำตัวผู้เสียภาษีได้)

เหตุผล (ซี) - ไม่จำเป็นต้องให้หรือเปิดเผยเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (หมายเหตุ: เลือกเหตุผลนี้เฉพาะในกรณีที่กฎหมายภายในประเทศนั้น ไม่ได้บังคับให้จัดเก็บเลขประจำตัวผู้เสียภาษี)

3.3 Country of Tax Residence

ประเทศถิ่นที่อยู่ทางภาษี

3.4 Foreign Taxpayer Identification Number (TIN)

หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศ

3.5 If the taxpayer identification number (TIN) is not available, enter Reason A, B or C.

หากไม่มีหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศโปรดระบุเหตุผล เอ บี หรือ ซี

3.6 If you select Reason B, please explain why you are unable to obtain the taxpayer identification number (TIN).

หากท่านเลือกเหตุผล บี โปรดอธิบายเหตุผลที่ท่านไม่สามารถขอหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศได้

A(เอ) B(บี) C(ซี)

A(เอ) B(บี) C(ซี)

A(เอ) B(บี) C(ซี)

A(เอ) B(บี) C(ซี)

A(เอ) B(บี) C(ซี)

4. Confirmation and Change of Status

การยืนยันและการเปลี่ยนแปลงสถานะ

4.1 You confirm that the above information is true, complete, accurate and current.

4.2 You acknowledge and agree that if the information provided on this form is false, inaccurate or incomplete, Thai Life Insurance Company Limited (“Company”) shall be entitled to terminate, at its sole discretion, the entire relationship with you or part of such relationship as the Company may deem appropriate.

4.3 You agree to notify and provide relevant document to the Company within 30 days after any change in circumstances that cause the information provided in this form to be incorrect, incomplete or not current.

4.4 You acknowledge and agree that in case of failure to comply with item 3 above, or provision of any false, inaccurate or incomplete information as to your status, the Company shall be entitled to terminate, at its sole discretion, the entire relationship with you or part of such relationship as the Company may deem appropriate.

4.1 ท่านยืนยันว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริง ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน

4.2 ท่านรับทราบและตกลงว่าหากข้อมูลที่ให้ตามแบบฟอร์มนี้ เป็นข้อมูลอันเป็นเท็จ ไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

“บริษัทฯ” มีสิทธิใช้ดุลยพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัทฯ เห็นสมควร

4.3 ท่านตกลงที่จะแจ้งให้บริษัทฯ ทราบและนำส่งเอกสารประกอบให้แก่บริษัทฯ ภายใน 30 วัน หลังจากมีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงอันทำให้ข้อมูลของท่านที่ระบุในแบบฟอร์มนี้ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน หรือ ไม่เป็นปัจจุบัน

4.4 ท่านรับทราบและตกลงว่าในกรณีที่ท่านไม่ได้ดำเนินการตามข้อ 3 ข้างต้น หรือมีการนำส่งข้อมูลอันเป็นเท็จ ไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบถ้วนสมบูรณ์เกี่ยวกับสถานะของท่าน บริษัทฯ มีสิทธิใช้ดุลยพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัทฯ เห็นสมควร

If you fail to provide the information necessary for consideration of status of a tax resident of other countries, or to provide the information required to be reported to the Company, or if you fail to provide a waiver of a law that would prevent reporting, the Company shall be entitled to terminate, at its sole discretion, the entire relationship with you or part of such relationship as the Company may deem appropriate.

By signing below, I hereby acknowledge and agree to the terms and conditions specified herein, which include the conditions to terminate the relationship with me and the Company’s Privacy Policy.

หากท่านไม่ให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการพิจารณาสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น หรือข้อมูลที่จำเป็นต้องรายงานให้แก่บริษัทฯ หรือไม่สามารถจะขอให้ยกเว้นการบังคับใช้กฎหมายที่ห้ามการรายงานข้อมูลได้ บริษัทฯ มีสิทธิใช้ดุลยพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัทฯ เห็นสมควร

ข้าพเจ้ารับทราบและตกลงปฏิบัติตามข้อกำหนดและเงื่อนไขต่างๆ ในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งรวมถึงเงื่อนไขในการยุติความสัมพันธ์กับข้าพเจ้า และรับทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวส่วนตัวของ บริษัทฯ แล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

For more information about the Company’s Privacy Policy and the rights of the data subject, please

visit the website, <https://www.thaillife.com/PrivacyPolicy>, or scan this QR code.

ท่านสามารถศึกษารายละเอียดนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล

ได้ที่เว็บไซต์ (<https://www.thaillife.com/PrivacyPolicy>) หรือสามารถสแกนคิวอาร์โค้ดที่ปรากฏ



Signature (ลงชื่อ).....

(.....)

Date (วันที่)

Applicant / ผู้ขอเอาประกันภัย

Signature (ลงชื่อ).....

(.....)

Date (วันที่)

Person giving consent as the legal representative, or parent of the applicant, if the applicant is a minor /

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม

/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

เอกสารเรียกร้องเวนคืน ปช.108

- 1.เอกสาร ปช.108 ตึก ข้อ 8 (ตามไฟล์แนบ) ให้สมาชิกเซ็นลงนาม
- 2.บันทึกจากสหกรณ์สามารถเวนคืนได้ หรือ ใบปิดยอดหนี้เป็น 0 บาท
- 3.สำเนาบัตรประชาชน + เซ็นรับรองสำเนา
- 4.สำเนาหน้าบัญชีธนาคารของสมาชิก
- 5.หนังสือรับรอง (กรมธรรม์ฉบับจริง)



คำร้องขอเปลี่ยนแปลงแก้ไข

ปช. 108

ทำที่ **สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ** ใคัดสาขา.....
วันที่ **1** เดือน **พฤศจิกายน** พ.ศ. **2565**
ข้าพเจ้า **นาย สวัสดิ์ ปิ่นใหม่** ผู้เอาประกันภัยตามกรมธรรม์ประกันภัย
ฉบับเลขที่ **04635xxx** มีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงแก้ไขกรมธรรม์ของข้าพเจ้า ดังนี้ :

1. ขอเปลี่ยนแปลงชื่อ ชื่อสกุล	จาก..... เป็น.....
2. ขอเปลี่ยนแปลงลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย	จากเดิม..... เป็น.....
3. ขอเปลี่ยนแปลงผู้รับประโยชน์	จาก..... เป็น..... เกี่ยวข้องเป็น.....
4. ขอแก้ไข วันเดือนปี เกิด	จาก เกิดวันที่..... เดือน พ.ศ. เป็น เกิดวันที่..... เดือน พ.ศ.
5. ขอแก้ไขสถานที่ติดต่อใหม่	เป็นเลขที่..... ชื่อหมู่บ้าน..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล (แขวง)..... อำเภอ (เขต)..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ
6. ขอเปลี่ยนวิธีการชำระเบี้ยประกันภัย	จาก ราย.....เดือน เป็น ราย.....เดือน
7. ขอเปลี่ยนแปลงแบบประกันภัย	จาก แบบ..... ระยะเวลาประกันภัย.....ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัยปี เป็น แบบ..... ระยะเวลาประกันภัย.....ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัยปี
8. ขอใช้สิทธิ์มูลค่ากรมธรรม์	[<input checked="" type="checkbox"/>] ขอเวนคืนกรมธรรม์ เพื่อรับเงินสด [<input type="checkbox"/>] ขอเปลี่ยนเป็นกรมธรรม์ใช้เงินสำเร็จ [<input type="checkbox"/>] ขอเปลี่ยนเป็นกรมธรรม์แบบขยายเวลา
9. สัญญาเพิ่มเติม	[<input type="checkbox"/>] ขอยกเลิกแบบ..... [<input type="checkbox"/>] ขอซื้อเพิ่มแบบ.....

ตัวอย่าง

10. ขอเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ เนื่องจาก
11. ขอเพิ่มหรือ (ลด) จำนวนเบี้ยประกันภัย	จาก เดือนละ บาท เป็น เดือนละ บาท
12. ขอเปลี่ยนแปลงจำนวนเงินเอาประกันภัย	จาก บาท เป็น บาท

13. ในกรณีขอเพิ่มจำนวนเบี้ยประกันภัยตามข้อ 11. หรือขอเปลี่ยนแปลงจำนวนเงินเอาประกันภัย (เพิ่มขึ้น) ตามข้อ 12. โปรดกรอกบันทึกรับรองสุขภาพต่อไปนี้ด้วย
- ก. ท่านมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดี ไม่มีอวัยวะส่วนใดของร่างกายพิการและ / หรือทุพพลภาพ
- ใช่ ไม่ใช่ (โปรดระบุรายละเอียด).....
- ข. ในระหว่าง 3 ปีที่แล้ว ท่านเคยให้แพทย์ตรวจหรือเข้าสถานพยาบาลทำการรักษาตัว ตรวจโลหิต ความดันโลหิต ปัสสาวะ เอกซเรย์ ตรวจหัวใจ หรือตรวจอย่างอื่นหรือไม่.....ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียด (ชื่อสถานพยาบาล ชื่อโรค ผลการตรวจ ผลการรักษา และ วันเดือนปี).....
- ค. ในกรณีเกี่ยวกับสุขภาพ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบุคคลใด ๆ ซึ่งได้เคยรักษาหรือตรวจข้าพเจ้า หรือที่จะทำการรักษา หรือทำการตรวจข้าพเจ้าต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริง หรือเรื่องที่ได้รับทราบจากการรักษา หรือตรวจข้าพเจ้าให้บริษัททราบ หรือบริษัทประกันภัยอื่นทราบการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- ง. ข้าพเจ้าไม่เคยทราบว่า เป็น หรือเคยรักษาโรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์และข้าพเจ้าทราบดีว่าถ้าข้าพเจ้าป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์แล้ว บริษัทจะไม่รับการเพิ่มจำนวนเงินเอาประกันภัย
- จ. ข้าพเจ้าในฐานะผู้เอาประกันภัยขอรับรองว่า ถ้อยแถลงที่ได้ให้ไว้ในคำขอนี้เป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้บริษัทดำเนินการตรวจเลือดหรือปัสสาวะตลอดจนนำผลการตรวจเลือดและข้อเท็จจริงที่แถลงไว้มาประกอบการพิจารณาขอเพิ่มจำนวนเงินเอาประกันภัยได้

ผู้ลงลายมือชื่อในเอกสารฉบับนี้ขอยืนยันว่าได้รับทราบรายละเอียดและข้อกำหนดต่าง ๆ ตามที่ระบุไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ได้แจ้งให้ทราบก่อนหรือขณะเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลแล้ว

อนึ่ง ผู้แถลงรับรองว่าผู้แถลงได้รับความยินยอมจากเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ที่ปรากฏในเอกสารฉบับนี้หรือเอกสารประกอบที่เกี่ยวข้อง หรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายในการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลดังกล่าวแก่บริษัท และได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทให้บุคคลดังกล่าวทราบแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย

(**นายสวัสดิ์ ปี่ใหม่**)

ลงชื่อ.....พยาน/ผู้ใช้อำนาจปกครอง

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

(.....)

ท่านสามารถศึกษารายละเอียดนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลได้ที่เว็บไซต์

<https://www.thailife.com/PrivacyPolicy> หรือสามารถสแกนคิวอาร์โค้ดที่ปรากฏ



สำหรับ (สาขา)

1. โปรดส่งกรมธรรม์ไปยังบริษัทพร้อมคำร้องนี้ ยกเว้นการเปลี่ยนแปลงสถานที่ติดต่อ
2. การเปลี่ยนแปลงสถานที่ติดต่อ สาขาไม่ต้องส่งกรมธรรม์มาบันทึกสลักหลัง
3. การเปลี่ยนแปลงสถานที่ติดต่อ ต้องระบุรายละเอียดให้ครบถ้วนชัดเจน
4. ถ้าผู้เอาประกันภัยพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือ จะต้องมียานรับรองอย่างน้อย 2 คน
5. ถ้าลงลายมือชื่อทุกครั้ง ต้องให้ตรงกับที่ตกลงไว้ในคำขอเอาประกันภัย
6. การขอเปลี่ยนแปลงข้อที่ 1-4 ให้แนบหลักฐานสำเนาทะเบียนบ้าน และ/หรือบัตรประชาชน
7. การขอเปลี่ยนแปลงข้อที่ 8 กรมธรรม์จะต้องมีผลบังคับและมีเงินค่าเวนคืนกรมธรรม์



ไทย
ประกัน
ชีวิต

บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
123 ถนนรัชดาภิเษก เขตดินแดง กรุงเทพฯ 10400
โทร. 0 2247 0247 โทรสาร 0 2246 9946
www.thaifile.com ทะเบียนเลขที่ 0107555000104

คำร้องขอเปลี่ยนแปลงแก้ไข

ปช. 108

ได้ดสาขา.....

ทำที่..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ผู้เอาประกันภัยตามกรมธรรม์ประกันภัย

ฉบับเลขที่.....มีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงแก้ไขกรมธรรม์ของข้าพเจ้า ดังนี้ :

1. ขอเปลี่ยนแปลงชื่อ ชื่อสกุล	จาก..... เป็น.....
2. ขอเปลี่ยนแปลงลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย	จากเดิม..... เป็น.....
3. ขอเปลี่ยนแปลงผู้รับประโยชน์	จาก..... เป็น..... เกี่ยวข้องเป็น.....
4. ขอแก้ไข วันเดือนปี เกิด	จาก เกิดวันที่..... เดือน พ.ศ. เป็น เกิดวันที่..... เดือน พ.ศ.
5. ขอแก้ไขสถานที่ติดต่อใหม่	เป็นเลขที่.....ชื่อหมู่บ้าน.....หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....ถนน..... ตำบล (แขวง).....อำเภอ (เขต).....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ
6. ขอเปลี่ยนวิธีการชำระเบี้ยประกันภัย	จาก ราย.....เดือน เป็น ราย.....เดือน
7. ขอเปลี่ยนแปลงแบบประกันภัย	จาก แบบ.....ระยะเวลาประกันภัย.....ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัยปี เป็น แบบ.....ระยะเวลาประกันภัย.....ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัยปี
8. ขอใช้สิทธิมูลค่ากรมธรรม์	[] ขอเวนคืนกรมธรรม์ เพื่อรับเงินสด [] ขอเปลี่ยนเป็นกรมธรรม์ใช้เงินสำเร็จ [] ขอเปลี่ยนเป็นกรมธรรม์แบบขยายเวลา
9. สัญญาเพิ่มเติม	[] ขอยกเลิกแบบ..... [] ขอซื้อเพิ่มแบบ.....

10. ขอเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ เนื่องจาก
11. ขอเพิ่มหรือ (ลด) จำนวนเบี้ยประกันภัย	จาก เดือนละ บาท เป็น เดือนละ บาท
12. ขอเปลี่ยนแปลงจำนวนเงินเอาประกันภัย	จาก บาท เป็น บาท

13. ในกรณีขอเพิ่มจำนวนเบี้ยประกันภัยตามข้อ 11. หรือขอเปลี่ยนแปลงจำนวนเงินเอาประกันภัย (เพิ่มขึ้น) ตามข้อ 12.โปรดกรอกบันทึกรับรองสุขภาพต่อไปนี้ด้วย

ก. ท่านมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดี ไม่มีอวัยวะส่วนใดของร่างกายพิการและ / หรือทุพพลภาพ
 ใช่ ไม่ใช่ (โปรดระบุรายละเอียด).....

ข. ในระหว่าง 3 ปีที่แล้ว ท่านเคยให้แพทย์ตรวจหรือเข้าสถานพยาบาลทำการรักษาตัว ตรวจโลหิต ความดันโลหิต ปัสสาวะ เอกซเรย์ ตรวจหัวใจ หรือตรวจอย่างอื่นหรือไม่.....ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียด (ชื่อสถานพยาบาล ชื่อโรค ผลการตรวจ ผลการรักษา และ วันเดือนปี).....

ค. ในกรณีเกี่ยวกับสุขภาพ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบุคคลใด ๆ ซึ่งได้เคยรักษาหรือตรวจข้าพเจ้า หรือที่จะทำการรักษา หรือทำการตรวจข้าพเจ้าต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริง หรือเรื่องที่ได้รับทราบจากการรักษา หรือตรวจข้าพเจ้าให้บริษัททราบ หรือบริษัทประกันภัยอื่นทราบการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์

ง. ข้าพเจ้าไม่เคยทราบว่า เป็น หรือเคยรักษาโรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์และข้าพเจ้าทราบว่าถ้าข้าพเจ้าป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์แล้ว บริษัทจะไม่รับการเพิ่มจำนวนเงินเอาประกันภัย

จ. ข้าพเจ้าในฐานะผู้เอาประกันภัยขอรับรองว่า ถ้อยแถลงที่ได้ให้ไว้โน้มนำนี้เป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้บริษัทดำเนินการตรวจเลือดหรือปัสสาวะตลอดจนนำผลการตรวจเลือดและข้อเท็จจริงที่แถลงไว้มาประกอบการพิจารณาขอเพิ่มจำนวนเงินเอาประกันภัยได้

ผู้ลงลายมือชื่อในเอกสารฉบับนี้อธิบายยืนยันว่าได้รับทราบรายละเอียดและข้อกำหนดต่าง ๆ ตามที่ระบุไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ได้แจ้งให้ทราบก่อนหรือขณะเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลแล้ว

อนึ่ง ผู้แถลงรับรองว่าผู้แถลงได้รับความยินยอมจากเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ที่ปรากฏในเอกสารฉบับนี้หรือเอกสารประกอบที่เกี่ยวข้อง หรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายในการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลดังกล่าวแก่บริษัท และได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทให้บุคคลดังกล่าวทราบแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน/ผู้ใช้อำนาจปกครอง

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ท่านสามารถศึกษารายละเอียดนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลได้ที่เว็บไซต์

<https://www.thailife.com/PrivacyPolicy> หรือสามารถสแกนคิวอาร์โค้ดที่ปรากฏ



สำหรับ (สาขา)

1. โปรดส่งกรมธรรม์ไปยังบริษัทพร้อมคำร้องนี้ ยกเว้นการเปลี่ยนแปลงสถานที่ติดต่อ
2. การเปลี่ยนแปลงสถานที่ติดต่อ สาขาไม่ต้องส่งกรมธรรม์มาบันทึกสลักหลัง
3. การเปลี่ยนแปลงสถานที่ติดต่อ ต้องระบุรายละเอียดให้ครบถ้วนชัดเจน
4. ถ้าผู้เอาประกันภัยพินัยหลายนิ้วห้วแม่มือ จะต้องมีพยานรับรองอย่างน้อย 2 คน
5. ถ้าลงลายมือชื่อทุกครั้ง ต้องให้ตรงกับที่ตกลงไว้ในคำขอเอาประกันชีวิต
6. การขอเปลี่ยนแปลงข้อที่ 1-4 ให้แนบหลักฐานสำเนาทะเบียนบ้าน และ/หรือบัตรประชาชน
7. การขอเปลี่ยนแปลงข้อที่ 8 กรมธรรม์จะต้องมีผลบังคับและมีเงินค่าเวนคืนกรมธรรม์