

หนังสือให้ความยินยอม

เกี่ยวกับการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลอ่อนไหว เพื่อการทำประกันภัยกลุ่ม

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

สมาชิกผู้เอาประกันภัย

สมาชิกสมทบ

คู่สมรส

บุตร (โดยนาย / นาง / นางสาว)..... ในฐานะบิดา / มารดา / ผู้แทนโดยชอบธรรม)

บิดา / มารดา

ขอให้ความยินยอมเกี่ยวกับการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลอ่อนไหวของข้าพเจ้าเพื่อการทำประกันภัยกลุ่มโดย บริษัท..... (“ผู้ถือกรมธรรม์”) รายละเอียดตามหนังสือฉบับนี้

ความยินยอมเกี่ยวกับการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

- 1.1 ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือ ผู้รับประกันภัย เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลอ่อนไหว (เช่น ชื่อชาติ ศาสนา ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ เป็นต้น) ของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์แก่ผู้รับประกันภัยและ/หรือ นายหน้าประกันชีวิต เพื่อวัตถุประสงค์ในการทำประกันภัย การตรวจสุขภาพ การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน การปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ รวมถึงการใด ๆ อันเกี่ยวกับธุรกิจประกันภัย โดยการเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้รวมถึง แต่ไม่จำกัดเพียง สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้รับประกันภัย ตัวแทนประกันชีวิตหรือตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันชีวิตหรือนายหน้าประกันวินาศภัย บริษัทรับประกันภัยต่อ คู่ค้าหรือผู้ให้บริการของบุคคลดังกล่าว
- 1.2 ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ หรือบริษัทประกันภัยหรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีประวัติและ/หรือข้อมูลสุขภาพของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ เปิดเผยข้อมูลอ่อนไหวให้แก่ผู้รับประกันภัยหรือผู้แทนของผู้รับประกันภัย เพื่อการทำประกันภัย หรือการพิจารณาสินไหมตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
- 1.3 ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจดีว่าหากข้าพเจ้าและ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรมมีสิทธิถอนความยินยอม ขอเข้าถึงข้อมูล ขอสำเนาข้อมูล ขอรับข้อมูลโดยวิธีอัตโนมัติ ขอให้โอนข้อมูล ขอให้ลบ ทำลายหรือระงับใช้ข้อมูล และข้าพเจ้ามีสิทธิร้องเรียนต่อคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจดีว่าการเพิกถอน ความยินยอม ขอให้ลบ ทำลายดังกล่าว หรือระงับใช้ข้อมูลจะมีผลกระทบต่อกรรับประกันภัย การให้บริการเกี่ยวกับกรมธรรม์ การพิจารณาสินไหมตามเงื่อนไขกรมธรรม์ และการให้บริการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับประกันภัย อันจะส่งผลให้ผู้รับประกันภัยไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขตามสัญญาประกันภัยได้
- 1.4 ข้าพเจ้ารับทราบว่าผู้รับประกันภัยจะทำการลบข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ ตามที่กฎหมายกำหนดหลังจากสิ้นสุดความสัมพันธ์กับข้าพเจ้า และ/หรือ ผู้เยาว์

2. การรับรองความถูกต้องและยืนยันว่าได้รับความยินยอมเกี่ยวกับการเปิดเผยข้อมูลจากบุคคลในครอบครัว

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

2. การรับรองความถูกต้องและยืนยันว่าได้รับความยินยอมเกี่ยวกับการเปิดเผยข้อมูลจากบุคคลในครอบครัว

ในกรณีที่ข้าพเจ้าให้ข้อมูลส่วนบุคคลและ/หรือข้อมูลอ่อนไหวของบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า เช่น คู่สมรส/คู่อุปถัมภ์ บุตร บิดา และ/หรือ มารดา เป็นต้น ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลอ่อนไหวของบุคคลในครอบครัวที่ข้าพเจ้าได้ให้แก่ผู้ถือกรรมสิทธิ์และ/หรือผู้รับประกันภัยนั้น เป็นข้อมูลที่ถูกต้องและได้รับความยินยอมจากบุคคลในครอบครัวในการเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวต่อผู้ถือกรรมสิทธิ์และ/หรือผู้รับประกันภัย รวมถึงได้แจ้งให้บุคคลเหล่านั้นทราบถึงวัตถุประสงค์ในการจัดเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลแล้ว

ทั้งนี้ ข้าพเจ้ารับทราบนโยบายข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับประกันภัยรวมถึงสิทธิในการยกเลิกความยินยอมตามเว็บไซต์ของผู้รับประกันภัยที่ผู้ถือกรรมสิทธิ์จัดสวัสดิการไว้ให้แต่ละปี หรือตามช่องทางสื่อสารอื่นใดของผู้รับประกันภัยแล้ว

วันที่ เดือน พ.ศ.....

ลงชื่อ สมาชิกผู้เอาประกันภัย
(.....)

ลงชื่อ
(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

บิดา / มารดา

ผู้แทนโดยชอบธรรมของสมาชิกผู้เอาประกันภัย

(กรณีสมาชิกผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

หมายเหตุ :

1. ข้อมูลส่วนบุคคล หมายถึง ข้อมูลที่เกี่ยวกับบุคคลซึ่งทำให้สามารถระบุตัวบุคคลนั้นได้ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อมแต่ไม่รวมถึงข้อมูลของผู้ถึงแก่กรรมโดยเฉพาะ
2. การลงนาม (กรณีสมาชิกผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์)
 - 2.1 กรณีผู้เยาว์มีอายุตั้งแต่ 10 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป แต่ไม่เกิน 20 ปีบริบูรณ์ ผู้เยาว์ต้องลงนามด้วยตนเองร่วมกับบิดา หรือมารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม
 - 2.2 กรณีผู้เยาว์ที่มีอายุไม่เกิน 10 ปีบริบูรณ์ ต้องลงนามโดยบิดา หรือมารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม



คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ผู้ขอเอาประกันชีวิต ต้องตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิต ปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย

1 ชื่อ - นามสกุล นาย/นาง/น.ส./ด.ช./ด.ญ./.....
ว/ด/ป เกิด..... อายุ..... ปี สัญชาติ..... เชื้อชาติ.....
เลขบัตรประจำตัวประชาชน เลขพนักงาน กฟผ.....
วันที่ออกบัตรวันบัตรหมดอายุ
ส่วนสูง..... เซนติเมตร น้ำหนัก..... กิโลกรัม

เฉพาะเจ้าหน้าที่ บริษัท กรุงเทพมหานครประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

โทรศัพท์ 0 2777 8457-56 โทรสาร 0 2777 8439
เลขที่กรมธรรม์..... ใบรับรองเลขที่.....
จำนวนเงินเอาประกันภัยที่อนุมัติ.....บาท
วันที่มีผลบังคับ.....
ลงชื่อ

ชื่อ - นามสกุล สมาชิก สร.กฟผ.....เลขประจำตัวพนักงาน กฟผ

2 สถานที่อยู่ตาม ตามบัตรประชาชน ที่อยู่นั้น.....

3 จำนวนเงินเอาประกันภัย ทุน 200,000 (178 บาท) ทุน 300,000 (267 บาท) ทุน 400,000 (356 บาท) ทุน 500,000 (445 บาท)
 เพิ่มทุนเป็น 300,000 บาท เพิ่มทุนเป็น 400,000 บาท เพิ่มทุนเป็น 500,000 บาท

4	ข้าพเจ้าเคยเป็น ทราบว่าเป็น ได้รับคำแนะนำ และ/หรือรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่	ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียดผลการรักษาและอาการปัจจุบัน	
4.1	โรคใดโรคหนึ่งเกี่ยวกับปอดหรือระบบหายใจ	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย
4.2	โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเลือด เส้นเลือด	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย
4.3	โรคทางสมองหรือระบบประสาท ลมบ้าหมู อัมพาต	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย
4.4	โรคใดๆ เกี่ยวกับตับ ถุงน้ำดี กระเพาะอาหารหรือลำไส้ ลำไส้เลื่อน	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย
4.5	โรคเบาหวาน คอพอก โรคเกี่ยวกับต่อมไทรอยด์ โรคไต โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย
4.6	ตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี หรือเชื้อไวรัสโรคเอดส์	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย
4.7	โรคใดๆ เกี่ยวกับกระดูก หรือข้ออักเสบ	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย
4.8	ความบกพร่อง หรือ พิการ ทางร่างกาย หรือจิตใจ	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย
4.9	โรคมะเร็ง หรือเนื้องอกที่ผิดปกติ	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย
4.10	ภายใน 2 ปี เคยได้รับการรักษา การบาดเจ็บ การผ่าตัด นอกจากโรคข้างต้นหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย
4.11	เคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการพิจารณารับประกัน เก็บเบี้ยเพิ่ม จากบริษัทนี้ หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาลหรือองค์กรสถาบัน ที่ทำการรักษาข้าพเจ้าทั้งในอดีตและปัจจุบัน เปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการตรวจรักษาทั้งหมดของข้าพเจ้าแก่ บริษัท กรุงเทพมหานครประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย เพื่อนำผลมาใช้ประกอบการพิจารณาประกัน หรือพิจารณาค่าสินไหมทดแทน และสำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้มีผลใช้บังคับได้

ลงชื่อ.....ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ.....สมาชิก สร.กฟผ.

วันที่ เดือน พ. ศ.....

ลงชื่อ.....พยาน

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

(.....)

เฉพาะกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยไม่สามารถลงลายมือชื่อได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือขวา พร้อมทั้งมีพยานลงลายมือชื่อรับรอง 2 คน

หมายเหตุ

1. ในกรณีที่บุตรยังไม่บรรลุนิติภาวะหรือไม่สามารถลงนามในช่องของผู้ขอเอาประกันภัยได้ ให้สมาชิกซึ่งเป็นผู้ปกครองเป็นผู้ลงนามในช่องของผู้ขอเอาประกันภัยแทน
2. สัญญาประกันชีวิตของผู้เอาประกันภัยจะมีผลคุ้มครองต่อเมื่อบริษัทฯ ตกลงรับประกันภัยแล้ว
3. ถ้าผลการพิจารณาไม่สามารถรับประกันภัยได้บริษัทฯ จะปฏิเสธการรับประกันภัย



แบบฟอร์มสมัครประกันภัยอุบัติเหตุ (อบ. 2)

ผู้เอาประกัน (นาย/ นาง/ น.ส./ ด.ช./ ด.ญ.).....

เลขประจำตัวพนักงาน กพผ..... ว/ด/ป เกิดอายุ.....ปี สัญชาติ เชื้อชาติ.....

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ วันที่ออกบัตร..... วันบัตรหมดอายุ.....

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ที่ทำงาน/บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....

อีเมล.....

มีความสัมพันธ์เป็น (เฉพาะสมทบ) คู่สมรส บุตร บิดา มารดา บิดา(คู่สมรส) มารดา(คู่สมรส)

ของ นาย/ นาง/ น.ส..... เลขประจำตัวพนักงาน.....

สังกัดแผนก..... กอง..... ฝ่าย.....

เลือกแผนประกัน

<input type="checkbox"/>	ทุนประกัน	100,000 บาท	เบี้ยประกัน	=	6	บาท
<input type="checkbox"/>	ทุนประกัน	300,000 บาท	เบี้ยประกัน	=	17	บาท
<input type="checkbox"/>	ทุนประกัน	500,000 บาท	เบี้ยประกัน	=	36	บาท
<input type="checkbox"/>	ทุนประกัน	1,000,000 บาท	เบี้ยประกัน	=	54	บาท

1. ชื่อผู้รับผลประโยชน์..... ความสัมพันธ์..... ส่วนแบ่ง.....
2. ชื่อผู้รับผลประโยชน์..... ความสัมพันธ์..... ส่วนแบ่ง.....
3. ชื่อผู้รับผลประโยชน์..... ความสัมพันธ์..... ส่วนแบ่ง.....
4. ชื่อผู้รับผลประโยชน์..... ความสัมพันธ์..... ส่วนแบ่ง.....
5. ชื่อผู้รับผลประโยชน์..... ความสัมพันธ์..... ส่วนแบ่ง.....

ข้าพเจ้า ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกโครงการประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลของ สร.กพผ. โดยจะปฏิบัติตามระเบียบของโครงการฯ และมติของคณะกรรมการ สร.กพผ. ทุกประการ และข้าพเจ้าขออนุญาตให้นายจ้างหักเงินรายได้ของข้าพเจ้า เพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัยส่วนบุคคลของข้าพเจ้า และการคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มส่วนบุคคล ที่ข้าพเจ้ามีส่วนร่วมออกเงินสมทบจะสิ้นสุด ตั้งแต่วันที่ไม่ได้หักเงินรายได้ของข้าพเจ้า

หมายเหตุ ค่างชำระเบี้ยประกัน ได้ไม่เกิน 2 เดือน หากเกินกำหนด ตัดออกจากระบบการทำประกัน

(โปรดกรอกรายละเอียดเขียนตัวบรรจงให้เรียบร้อย เพื่อประโยชน์ของตัวท่านเอง)

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกัน

(.....)

วันที่...../...../.....

พยาน

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่...../...../.....

พยาน

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่...../...../.....

เอกสารแนบ - สำเนาบัตรประชาชน และ สำเนาทะเบียนบ้าน

หมายเหตุ - ผู้มีสิทธิ์ทำประกันอายุระหว่าง 1-82 ปี ค้ำครอง 85 ปี



หนังสือแต่งตั้งผู้รับผลประโยชน์ประกันชีวิตกลุ่ม

ผู้ถือกรมธรรม์ สหภาพแรงงานรัฐวิสาหกิจการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย (สร.กฟผ.)

ชื่อผู้เอาประกันภัย (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

วัน/เดือนปีเกิด.....บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่

พนักงาน หมายเลขประจำตัว กฟผ.....สังกัดแผนก.....กอง.....ฝ่าย.....

คู่สมรส ของ บุตร ของ บิดา ของ มารดา ของ บิดา ของ(คู่สมรส) มารดา ของ(คู่สมรส)

(นาย / นาง / นางสาว)หมายเลขประจำตัว กฟผ.....

สังกัดแผนก.....กอง.....ฝ่าย.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

แฟกซ์.....โทรศัพท์มือถือ.....อีเมล.....

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรศัพท์มือถือ.....อีเมล.....

1. ชื่อผู้รับผลประโยชน์.....ความสัมพันธ์.....ส่วนแบ่ง (%)

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

2. ชื่อผู้รับผลประโยชน์.....ความสัมพันธ์.....ส่วนแบ่ง (%)

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

3. ชื่อผู้รับผลประโยชน์.....ความสัมพันธ์.....ส่วนแบ่ง (%)

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

4. ชื่อผู้รับผลประโยชน์.....ความสัมพันธ์.....ส่วนแบ่ง (%)

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

5. ชื่อผู้รับผลประโยชน์.....ความสัมพันธ์.....ส่วนแบ่ง (%)

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

หมายเหตุ : ผู้รับผลประโยชน์รวมกันทุกคนแล้วต้องได้ 100 %

กรณีผู้รับผลประโยชน์คนใดคนหนึ่งเสียชีวิตก่อน หรือพร้อมกันกับผู้เอาประกันภัย ให้ส่วนของผู้รับผลประโยชน์คนนั้น ตกแก่ผู้รับผลประโยชน์อื่นที่ยังคงเหลืออยู่เท่าๆ กัน

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้าในฐานะ สมาชิก, คู่สมรส, บุตร, บิดา, มารดาของสมาชิก, บิดา, มารดา, คู่สมรส สร.กฟผ. ขอให้บริษัทผู้รับทำประกันชีวิตกลุ่ม กับ สหภาพแรงงานรัฐวิสาหกิจการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย จ่ายค่าสินไหมทดแทนตามผู้รับผลประโยชน์ข้างต้น หนังสือฉบับนี้มีผลสมบูรณ์ตลอดไปและให้ใช้กับบริษัทประกันภัยและ/หรือบริษัทประกันชีวิตทุกบริษัทที่ตกลงรับประกันภัยกับ สมาชิก / คู่สมรส, บุตร, บิดา, มารดาของสมาชิก สร.กฟผ. ในแต่ละปี ยกเว้นแต่ข้าพเจ้ามีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผลประโยชน์ โดยทำเป็นลายลักษณ์อักษรแจ้ง สร.กฟผ. หนังสือแต่งตั้งผู้รับผลประโยชน์นี้ทำได้ขึ้นฉบับเดียว ซึ่งสหภาพแรงงานรัฐวิสาหกิจการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย (สร.กฟผ.) เป็นผู้เก็บรักษาไว้เพื่อดำเนินการตามเจตนาของข้าพเจ้า และหากค้างชำระเบี้ยประกัน สร.กฟผ. ให้ค้างได้ไม่เกิน 2 เดือน หากเกินกำหนด สร.กฟผ. จะตัดออกจากจากระบบประกัน

ลงชื่อพยาน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย
(.....)

วันที่

ลงชื่อพยาน
(.....)

กรุณากรอกรายละเอียดให้ครบ