



คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย
ผู้ขอเอาประกันภัย ต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิต
ปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา 865

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ 2565311 สร.กฟผ. จำนวนเงินเอาประกัน ☐ ทุน 200,000 (178 บาท)
☐ ทุน 300,000 (267 บาท) ☐ ทุน 400,000 (356 บาท) ☐ ทุน 500,000 (445 บาท)
เลขประจำตัวพนักงาน กฟผ. เพิ่มทุนเป็น ☐ ทุน 300,000 (267 บาท) ☐ ทุน 400,000 (356 บาท) ☐ ทุน 500,000 (445 บาท)

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัย ☐ สมาชิก ☐ คู่สมรส ☐ บุตร ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ บิดา(คู่สมรส) ☐ มารดา(คู่สมรส)

- ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย ชื่อและนามสกุลเดิม
เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง โทรศัพท์มือถือ
เอกสารที่ใช้แสดง ☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ หนังสือเดินทาง (Passport) ☐ ทะเบียนบ้าน ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ
เลขประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทางเลขที่ วันหมดอายุ
- รายละเอียดเกี่ยวกับผู้รับประโยชน์ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งผลประโยชน์เท่า ๆ กัน)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์	เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง /เอกสารที่หน่วยงานของรัฐออกให้	อายุ	ความสัมพันธ์	ร้อยละของ ผลประโยชน์
อ้างอิงหนังสือแต่งตั้งผู้รับผลประโยชน์ประกันชีวิตกลุ่ม (สร.กฟผ.)				

- โปรดกรอกข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่าน ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.
- ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอต่ออายุของ
กรมธรรม์ประกันภัยจากบริษัทนี้ หรือบริษัทอื่นบ้างหรือไม่
☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

- ประวัติสุขภาพในช่วงเวลาที่ผ่านมา ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
สถานพยาบาล หรือเคยได้รับการตรวจสุขภาพ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค (เช่น ความดันโลหิต การตรวจปัสสาวะ การตรวจเอ็กซเรย์
การตรวจเลือด การตรวจเอ็มอาร์ไอ (MRI) การตรวจซีทีสแกน (CT Scan) การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจโดยการส่องกล้อง การตรวจแมมโมแกรม
การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG หรือ ECG) การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ การตรวจแบบอื่น) หรือรับการผ่าตัด หรือการแนะนำ
จากแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์ทางเลือกเพื่อรับการรักษาใดๆ หรือไม่
☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด (โรค, วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการตรวจรักษา, ผลการตรวจรักษา, สถานพยาบาลที่ตรวจรักษา,
ชื่อแพทย์ (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)).....
- ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นสลายตาพิการ โรคจอประสาทตา โรคต้อหิน โรคต้อกระจก
โรคสมองและเยื่อหุ้มสมอง โรคระบบประสาท โรคไข้รูมาติก โรคปอด หรือปอดอักเสบ โรควัณโรค โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหูดหยาใจ
ขเนหลับ โรคไขมันโนเลือดสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคแผลในทางเดินอาหาร โรคตับหรือทางเดินน้ำดี โรคพิษสุราเรื้อรัง
ม้ามโต โรคตับอ่อนอักเสบ โรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง โรคไต โรคของต่อมหมวกไต โรคนิ่ว โรคข้ออักเสบ โรคเกาต์ โรคหนังแข็ง โรคเอสแอลอี โรคเลือด
โรคเบาหวาน โรคไทรอยด์ โรคต่อมไทรอยด์ เนื้องอก ก้อน หรือถุงน้ำ โรคมะเร็ง โรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคกามโรค (ภายใน 2 ปี)
พิการทางร่างกาย โรคจิตเวช หรือไม
☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด (โรค, วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย/การรักษา/ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (ให้ระบุว่าเป็นการ
ได้รับการวินิจฉัย หรือการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์), ผลการวินิจฉัย/การรักษา/ การตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์และอาการปัจจุบัน,
สถานพยาบาลที่วินิจฉัย/รักษา/ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์(หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)).....
- ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ การมองเห็นผิดปกติ การได้ยินผิดปกติ การพูดผิดปกติ กล้ามเนื้ออ่อนแรง การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ
ร่างกายสูญเสียประสาทรับรู้สัมผัส มีพัฒนาการช้า ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง ใจเรื้อรัง ใจเป็นเลือด เหนื่อยง่ายผิดปกติ เจ็บหรือแน่นหน้าอก ใจสั่น
ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ ปวดท้องเรื้อรัง อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด ท้องมาน ท้องเสียเรื้อรัง ท้องผูกเรื้อรัง ภาวะไขมันพอกตับ ตัวเหลือง ตาเหลือง
ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือมีน้ำตาลในปัสสาวะ มีเลือดปนในปัสสาวะ ภาวะการมีโปรตีนในปัสสาวะ ปวดข้อเรื้อรัง เคยพยายามทำร้าย
ร่างกายตนเอง จำเลือด คล้าพบก้อนเนื้อ อาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลด ไข้เรื้อรัง โรคผิวหนังเรื้อรัง มืออวัยวะส่วนเกิน ก้อนหรือติ่งเนื้อในร่างกาย
☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด (อาการ, วัน/เดือน/ปีที่เริ่มมีอาการ, อาการปัจจุบัน)

8. **เฉพาะสตรี** ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ หรือ ได้รับการวินิจฉัย หรือได้รับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคแทรกซ้อน หรือภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์และคลอดบุตร เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ปวดท้องมากขณะมีประจำเดือน ประจำเดือนมาผิดปกติหรือกำลังตั้งครรภ์

☐ ไม่เคย ☐ เคย หากเคย กรุณาระบุอาการและการรักษาตามรายละเอียด (อาการ, วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มมีอาการ, อาการปัจจุบัน).....

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ขอประกันภัย

9. บุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา สามเษภรรยา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา) ของท่าน เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตาย หรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบบี โรคเอดส์ (HIV) โรคมีดตีเฟลสเซลล์โรซีส โรคอัลไซเมอร์ หรือโรคพาร์กินสัน หรือไม่

☐ ไม่เป็น ☐ เป็น ถ้าเป็นโปรดระบุรายละเอียดเฉพาะ **ชื่อโรค** ที่บุคคลในครอบครัวท่านเป็นหรือเคยเป็น

ข้อความยืนยันยินยอมแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย และการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องที่ได้ออกกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัย ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2.หรือข้อ 3. ที่ให้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อพิจารณารับประกันภัยการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลก่อนหน้าของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามประกาศนโยบายความเป็นส่วนตัว (Privacy Notice) ที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.bangkoklife.com/th/about/child/117 รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
- เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
 - (1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
 - (2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
 - (3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งประกาศนโยบายความเป็นส่วนตัว (Privacy Notice) ของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.bangkoklife.com/th/about/child/117 ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
 - (4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครอง
ของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

คำเตือน

ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบประกาศนโยบายความเป็นส่วนตัว (Privacy Notice) ของบริษัท
และนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครอง
ของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)