



คำแนะนํ : ผู้รับผลประโยชน์โปรดกรอกข้อมูลและลงนามให้ครบถ้วนสมบูรณ์ เนื่องจากอาจมีผลต่อการพิจารณาสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัยได้  
(The beneficiary is required to complete and sign the form because it may affect the claim consideration according to the insurance contract.)

ส่วนที่ 1 (Part 1)

ผู้ถือกรมธรรม์-ชื่อบริษัท (Policy Holder-Company Name) \_\_\_\_\_  
กรมธรรม์ประกันกลุ่มเลขที่ (Policy No.): GH/GA/GL/GS/GU \_\_\_\_\_ หนังสือรับรองเลขที่ (Certificate No.) \_\_\_\_\_  
วันที่เริ่มสัญญา (Effective Date) \_\_\_\_\_



ลงชื่อ (Sign) \_\_\_\_\_ ผู้ถือกรมธรรม์ (Policy Holder)  
( \_\_\_\_\_ )  
วันที่ (Date) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ส่วนที่ 2 (Part 2)

ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย (Insured's Name) \_\_\_\_\_ อายุ (Age) \_\_\_\_\_ ปี (Year)  
เลขบัตรประชาชน/หนังสือเดินทาง (ID No./Passport No.) \_\_\_\_\_ วันที่มรณกรรม (Date of Death) \_\_\_\_\_  
เวลา (Time) \_\_\_\_\_ สถานที่มรณกรรม (Place of Death) \_\_\_\_\_

กรณีมรณกรรมตามสาเหตุธรรมชาติ(Natural Death)

สาเหตุการเสียชีวิต (Cause of Death) \_\_\_\_\_  
อาการ (Symptoms) \_\_\_\_\_ วันที่รักษา (Date of Treatment) \_\_\_\_\_  
สถานพยาบาลที่รับการรักษา (Name of Medical Center) \_\_\_\_\_

กรณีมรณกรรมผิดธรรมชาติ (Unnatural Death)

วันที่เกิดเหตุ (Date of Incident) \_\_\_\_\_ เวลา (Time) \_\_\_\_\_ สถานที่เกิดเหตุ (Place of accident) \_\_\_\_\_  
สาเหตุจาก (Cause by) \_\_\_\_\_  
รายละเอียดการเกิดเหตุ (Detail) \_\_\_\_\_  
มีการแจ้งความหรือไม่ (Did you have the police report)  มีแจ้งความที่ (Yes,at) \_\_\_\_\_  ไม่ (No)

ผู้รับผลประโยชน์ (Beneficiary's Information)

ชื่อ-สกุลผู้รับผลประโยชน์ (Beneficiary's Name) \_\_\_\_\_  
ที่อยู่ (Address) \_\_\_\_\_ เบอร์โทรศัพท์ (Mobile) \_\_\_\_\_  
ความสัมพันธ์ (Relationship) \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายละเอียดข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ (I hereby certify that the above statement is truthful in all aspects.)

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้รับผลประโยชน์  
( \_\_\_\_\_ )

หนังสือให้ความยินยอมข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัท ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือ ผู้ถือกรมธรรม์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ หรือต่อบริษัทประกันภัย ต่อบุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย  
อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ  
ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

LETTER OF CONSENT

I, hereby, consent and allow doctors, medical centres, other insurance companies or any relevant persons who have acquired my personal data, health information, disability, sexual behaviour, biometric data, genetic data, my previous medical history including any future information which were available to disclose and release such information to the Agent Company, the life insurance company, or the Company's representatives in order to apply for an insurance policy, or claim the benefit thereof, or dealing with the insurance policy in any manner.

I, hereby, grant my consent to the Company to collect, use, disclose and release my personal data, health information, disability, sexual behaviour, biometric data, genetic data, and my previous medical history including any future information to the competent authorities or the reinsurers, relevant persons, the Company's life insurance agents, its personnel, and its representatives for the purpose of applying for an insurance policy, indemnifying the insured person thereunder, or for medical interest or dealing with the insurance policy in any manner.

Additionally, the copy of this Letter of Consent shall be binding as same as the original.

I, hereby, fully acknowledge and fully understand the condition and procedure of the Company under this Letter. I also agree that they are in accordance with my intention. Therefore, I am thereby entirely bound without reservation.

ลงชื่อ (Sign) \_\_\_\_\_ ลงชื่อ (Sign) \_\_\_\_\_ ลงชื่อ (Sign) \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ )  
วันที่ (Date) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ วันที่ (Date) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ วันที่ (Date) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
ผู้รับผลประโยชน์ (Beneficiary) พยาน (Witness) พยาน (Witness)

ลงชื่อ (Sign) \_\_\_\_\_ ผู้ให้ความยินยอม (Consent Grantor) ความสัมพันธ์ (Relation with the minor) \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ )  
วันที่ (Date) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

หมายเหตุ : \* กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์ \*\* กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน  
Remark : \* In case the beneficiary is a minor, a guardian must sign together with the minor and specify the relationship. \*\* In case of signing by fingerprint, signatures of 2 witnesses must be completely provided.



นโยบายข้อมูลส่วนบุคคล