



ทีไลฟ์ประกันชีวิต
T Life Assurance

บริษัท ทีไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
T Life Assurance Public Company Limited

59/5 อาคารพาราไดซ์เพลส ชั้น 4 ถนนศรีนครินทร์ แขวงหนองบอน เขตประเวศ กรุงเทพมหานคร 10250
59/5 Paradise Place Building, 4th Floor, Srinagarindra Road, Nong Bon, Prawet, Bangkok 10250 THAILAND
โทร./Tel: (662) 111-0055 โทรสาร/Fax: (662) 111-0056 www.tlife.co.th

ใบคำขอเอาประกันชีวิตประเภทสามัญ

แบบไม่ตรวจสุขภาพ แบบตรวจสุขภาพ

ชื่อตัวแทน/นายหน้า.....
ใบอนุญาตเลขที่.....
รหัสตัวแทน.....
ชื่อหน่วย.....รหัสหน่วย.....
สาขา.....
ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่.....
กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....
Ref. 1.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆอาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

- ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย.....นามสกุล.....สกุลเดิม.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง สัญชาติ.....
สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า ชื่อและนามสกุล ภรรยา/สามี.....
เอกสารที่ใช้แสดง บัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน อื่นๆ.....
เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างด้าว.....วันบัตรหมดอายุ.....
- ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่ที่..... ชื่อหมู่บ้าน.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....e-mail address.....
สถานที่ทำงาน.....เลขที่..... หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....ต่อ.....e-mail address.....
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ชื่อหมู่บ้าน.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....e-mail address.....
สถานที่สะดวกในการติดต่อ ที่อยู่อาศัย สถานที่ทำงาน ที่อยู่ปัจจุบัน
- อาชีพประจำ.....ตำแหน่ง.....ลักษณะงานที่ทำ.....
ลักษณะธุรกิจ.....รายได้ต่อปี.....บาท
อาชีพอื่นๆ (ถ้ามี).....ตำแหน่ง.....ลักษณะงานที่ทำ.....
ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ ไม่ใช่ ใช่
- ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรณีผู้เยาว์เป็นผู้ขอเอาประกันภัย
ชื่อและนามสกุลบิดา.....ชื่อและนามสกุลมารดา.....
ชื่อและนามสกุลผู้ชำระเบี้ย.....ระบุความสัมพันธ์.....
ข้อมูลผู้ชำระเบี้ยฯ เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง สัญชาติ.....
สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า
เอกสารที่ใช้แสดง บัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน อื่นๆ.....
เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างด้าว.....วันบัตรหมดอายุ.....
ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....
อาชีพประจำ.....สถานที่ทำงาน.....
- แบบประกันภัย.....ชนิด มีเงินปันผล ไม่มีเงินปันผล
ถ้ามีเงินปันผล/เงินคืนตามสัญญาเลือก ขอรับเป็นเงินสด/เช็ค นำไปชำระเบี้ยประกันภัย คงไว้กับบริษัทเพื่อการสะสม
(หากไม่เลือกวิธีใดวิธีหนึ่งข้างต้น บริษัทจะ.....กรณีที่ขอรับเป็นเงินสดและประสงค์จะให้โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารอัตโนมัติ
กรุณากรอกข้อความตามแบบฟอร์มที่แนบ)
ระยะเวลาเอาประกันภัย.....ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย.....ปี
งวดการชำระเบี้ยประกันภัย รายเดือน ราย 3 เดือน ราย 6 เดือน รายปี ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว
จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท เบี้ยประกันชีวิต.....บาท

สัญญาเพิ่มเติม.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท เบี้ยประกันภัย.....บาท
 สัญญาเพิ่มเติม.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท เบี้ยประกันภัย.....บาท
 สัญญาเพิ่มเติม.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท เบี้ยประกันภัย.....บาท
 เบี้ยประกันภัยรวม.....บาท

จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอนี้.....บาท ชำระเป็น เงินสด โอนเข้าบัญชีบริษัทเลขที่.....
 ชื่อบัญชี.....ธนาคาร.....สาขา.....
 อื่นๆ.....ใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงินเลขที่.....

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงินตามเลขที่ ที่ระบุข้างต้น

6. ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆกัน)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์	อายุ	ความสัมพันธ์	เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง/ เอกสารที่หน่วยงานของรัฐออกให้	ที่อยู่	ร้อยละของ ผลประโยชน์

หมายเหตุ : กรณีผู้สมัครเป็นผู้เยาว์ ผู้ชำระเบี้ยฯ จะเป็นผู้รับประโยชน์หลักตามกรมธรรม์หลัก (กรณีไม่ได้ระบุมา)

7. ท่านมีหรือเคยมีประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่
 ไม่มี มี ดังนี้

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)			เงินชดเชยรายวัน	ขณะนี้สัญญาามีผลบังคับหรือไม่
	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ		

8. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการชดเชยคืนผู้สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

9. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติด หรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่ ไม่เคย เคย

10. ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติดหรือไม่ ไม่เสพ/ไม่เคย เสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด.....ปริมาณ.....
 ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์ เสพมานาน.....ปี เลิกเสพ เมื่อ.....

11. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ ไม่ดื่ม/ไม่เคย ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด.....
 ปริมาณ.....ขวด/ครั้ง ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน.....ปี เลิกดื่ม เมื่อ.....

12. ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่ ไม่สูบบุหรี่/ไม่เคย สูบ/เคยสูบ
 โปรดระบุปริมาณ.....มวน/วัน สูบมานาน.....ปี เลิกสูบบุหรี่ เมื่อ.....

13.

	ส่วนสูง (ซ.ม.)	น้ำหนัก (ก.ก.)	ใน 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงอย่างไร	สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง
ผู้ขอเอาประกันภัย			เพิ่มขึ้น.....ก.ก. ลดลง.....ก.ก. <input type="checkbox"/> ไม่เปลี่ยนแปลง	

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ขอเอาประกันภัย

14. บุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา สามเณรฯ พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา) ของท่าน เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบบี โรคเอดส์ (HIV) โรคกล้ามเนื้อสเตรล โรซีส โรคอัลไซเมอร์ หรือโรคพาร์กินสัน หรือไม่
 ไม่เป็น เป็น ถ้าเป็นโปรดระบุรายละเอียดเฉพาะ ชื่อโรค ที่บุคคลในครอบครัวท่านเป็นหรือเคยเป็น.....

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

15. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

ไม่เคย/ไม่มี เคย/มีหากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

โรค	ผู้ขอเอาประกันภัย	โรค	ผู้ขอเอาประกันภัย
• สายตาสั้น	<input type="checkbox"/>	• โรคความจำเสื่อม	<input type="checkbox"/>
• โรคจอประสาทตา	<input type="checkbox"/>	• โรคชัก	<input type="checkbox"/>
• โรคต้อหิน	<input type="checkbox"/>	• โรคปอดหรือปอดอักเสบ	<input type="checkbox"/>
• โรคหลอดเลือดในสมอง	<input type="checkbox"/>	• โรควัณโรค	<input type="checkbox"/>
• โรคอัมพฤกษ์ / โรคอัมพาต	<input type="checkbox"/>	• โรคหอบหืด	<input type="checkbox"/>
• โรคพาร์กินสัน	<input type="checkbox"/>	• โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>
• โรคถุงลมโป่งพอง	<input type="checkbox"/>	• โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/>
• ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ	<input type="checkbox"/>	• โรคเอสแอลอี	<input type="checkbox"/>
• โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/>	• โรคเลือด	<input type="checkbox"/>
• โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/>	• โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/>
• โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ	<input type="checkbox"/>	• โรคไทรอยด์	<input type="checkbox"/>
• โรคหลอดเลือด	<input type="checkbox"/>	• โรคต่อมไทรอยด์	<input type="checkbox"/>
• โรคแผลในทางเดินอาหาร	<input type="checkbox"/>	• เนื้ออก ก้อนหรือถุงน้ำ	<input type="checkbox"/>
• โรคตับหรือทางเดินน้ำดี	<input type="checkbox"/>	• โรคมะเร็ง	<input type="checkbox"/>
• โรคพิษสุราเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	• โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง	<input type="checkbox"/>
• ดิซ่าน	<input type="checkbox"/>	• โรคกามโรค (ภายใน 2 ปี)	<input type="checkbox"/>
• ม้ามโต	<input type="checkbox"/>	• พิกัดทางร่างกาย	<input type="checkbox"/>
• โรคตับอ่อนอักเสบ	<input type="checkbox"/>	• โรคจิต	<input type="checkbox"/>
• โรคไต	<input type="checkbox"/>	• โรคประสาท	<input type="checkbox"/>
• โรคข้ออักเสบ	<input type="checkbox"/>	• โรคซึมเศร้า	<input type="checkbox"/>
• โรคเก๊าท์	<input type="checkbox"/>	• คาวานซ์ซินโดรม	<input type="checkbox"/>

กรณีเคยเป็นโรคใดโรคหนึ่งข้างต้น โปรดระบุ วัน/เดือน/ปี ที่เข้ารับการรักษา การรักษาอาการในปัจจุบัน รวมถึงสถานที่เข้ารับการรักษา

.....

.....

.....

16. ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่ ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี

หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และให้ระบุอาการและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

อาการ	ผู้ขอเอาประกันภัย	อาการ	ผู้ขอเอาประกันภัย
• การมองเห็นผิดปกติ	<input type="checkbox"/>	• จ้ำเลือด	<input type="checkbox"/>
• กล้ามเนื้ออ่อนแรง	<input type="checkbox"/>	• คลำพบก้อนเนื้อ	<input type="checkbox"/>
• การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ	<input type="checkbox"/>	• ท้องมาน	<input type="checkbox"/>
• ร่างการสูญเสียประสาทรับความรู้สึก	<input type="checkbox"/>	• ท้องเสียเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>
• มีพัฒนาการช้า	<input type="checkbox"/>	อาการในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา	
• ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	• อาการอ่อนเพลีย	<input type="checkbox"/>
• ไอเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	• น้ำหนักลด	<input type="checkbox"/>
• ไอเป็นเลือด	<input type="checkbox"/>	• ท้องเดินเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>
• เหนื่อยง่ายผิดปกติ	<input type="checkbox"/>	• ไข้เรื้อรัง	<input type="checkbox"/>
• ใจสั่น	<input type="checkbox"/>	• โรคผิวหนังเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>
• เจ็บหรือแน่นหน้าอก	<input type="checkbox"/>	เฉพาะสตรี	
• ปวดท้องเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	• กำลังตั้งครรภ์.....เดือน	<input type="checkbox"/>
• อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด	<input type="checkbox"/>	• โรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์และคลอดบุตร	<input type="checkbox"/>
• มีเลือดปนในปัสสาวะ	<input type="checkbox"/>	• เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด	<input type="checkbox"/>
• ปวดข้อเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>		
• เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง	<input type="checkbox"/>		

กรณีเคยมีอาการใดอาการหนึ่งข้างต้น โปรดระบุ วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มมีอาการ และอาการปัจจุบัน

.....
.....
.....

17. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ

ก. การตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือการตรวจด้วย เครื่องมือพิเศษอื่นๆหรือไม่

ไม่เคย เคย ถ้าเคย ตรวจอะไร.....เมื่อใด.....สถานที่ตรวจ.....
ผลการตรวจ.....ข้อสังเกตโดยแพทย์.....

ข. การบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่มีไว้ข้างต้น

ไม่เคย เคย ถ้าเคย อาการ.....เมื่อใด.....ชื่อสถานพยาบาล.....
ผลการรักษา.....

คำถามข้อ 18 ใช้สำหรับการขอเอาประกันภัยสุขภาพเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพ

18. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

ไม่เคย เคย หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

โรค	ผู้ขอเอาประกันภัย	โรค	ผู้ขอเอาประกันภัย
• ติดเชื้อในหูชั้นกลาง	<input type="checkbox"/>	• ฟิลาเรีย	<input type="checkbox"/>
• ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	• เชื้อราโพรงมดลูกเจริญผิดที่	<input type="checkbox"/>
• ไชนัสอักเสบ	<input type="checkbox"/>	• กระดูกสันหลังเคลื่อน	<input type="checkbox"/>
• ปวดศีรษะไมเกรน	<input type="checkbox"/>	• หมอนรองกระดูกเคลื่อน	<input type="checkbox"/>
• ภูมิแพ้	<input type="checkbox"/>	หรือทับเส้นประสาท	
• หลอดลมอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	• ข้อเสื่อม	<input type="checkbox"/>
• กรดไหลย้อน	<input type="checkbox"/>	• เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>
• นิ้ว	<input type="checkbox"/>	• เส้นประสาทอักเสบหรือ	<input type="checkbox"/>
• งูน้ำคืดอักเสบ	<input type="checkbox"/>	ถูกบีบคั้น	
• ไขสันหลัง	<input type="checkbox"/>	• ออทิสติก	<input type="checkbox"/>
• ริดสีดวงทวาร	<input type="checkbox"/>	• สมาธิสั้น	<input type="checkbox"/>

กรณีเคยเป็นโรคใดโรคหนึ่งข้างต้น โปรดระบุ วัน/เดือน/ปี ที่เข้ารับการปรึกษา การรักษาอาการในปัจจุบัน รวมถึงสถานที่เข้ารับการปรึกษา

.....
.....

19. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม).....

.....
.....

ส่วนที่ 4 การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความ
ร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย

1. การรับรองสถานะ

ก. ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ <input type="checkbox"/> ถือสัญชาติอเมริกัน <input type="checkbox"/> เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา <input type="checkbox"/> ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ	กรณีเป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่..... วันบัตรหมดอายุ
ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี
ง. ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี

2. คำรับรอง

- (1) ข้าพเจ้ารับทราบว่ามีบริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) มีข้อมูลพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- (2) ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- (3) ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- (4) ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านั้น หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- (5) ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ส่วนที่ 5 ข้อความยืนยันยินยอมแสดงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัยและการให้ความยินยอม

- 1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- 2. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือ การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
- 3. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- 4. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
- 5. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน [\[https://www.tlife.co.th/privacy-policy-customer\]](https://www.tlife.co.th/privacy-policy-customer) รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
- 6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
 - (1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
 - (2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
 - (3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว [\[https://www.tlife.co.th/privacy-policy-customer\]](https://www.tlife.co.th/privacy-policy-customer) ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th]
 - (4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่ ไม่มีความประสงค์ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิต
ส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่ง
เป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....

คำเตือน

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเงินเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยที่กำหนดไว้
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
3. หากท่านประสงค์จะยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ท่านสามารถส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัยมายังบริษัทภายในระยะเวลา 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับกรมธรรม์ประกันภัยจากทางบริษัท เว้นแต่บริษัท ได้ออกกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เอาประกันภัยไม่ต้องส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัย และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสอบสภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัททစ်บิลละ 500 บาท เว้นแต่เป็นการเสนอขายกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวนโดยไม่หักค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น การคืนค่าเบี้ยประกันภัยบริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 15 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับการขอใช้สิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ท่านได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ท่านไม่มีสิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้
ด้านล่างนี้

เขียนที่ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

บิดา/มารดา

ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

แบบฟอร์มการชำระเบี้ยประกันภัยโดยหักบัญชีเงินฝากธนาคารอัตโนมัติ

สำหรับธนาคารเก็บไว้เป็นหลักฐาน




เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้เอาประกันในการชำระเงินค่าเบี้ยประกันภัย บริษัทฯ จึงได้จัดให้มีบริการรับชำระเบี้ยประกันโดยการหักเงินจากบัญชีเงินฝากบัญชีออมทรัพย์ โดยกรอกรายละเอียดในหนังสือขอให้หักบัญชีเงินฝาก และรายละเอียดในหนังสือยินยอมให้หักเงินฝากธนาคารของผู้เอาประกัน และ/หรือ ผู้ชำระเบี้ยประกันแทน ตามแบบฟอร์มข้างล่างนี้




หนังสือขอให้หักบัญชีเงินฝาก

เรียน ผู้จัดการธนาคาร.....สาขา.....เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้านามนางนางสาว.....
สถานที่ติดต่อเลขที่.....ต.รอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
โทร.....Email.....

เจ้าของบัญชีเงินฝากธนาคาร

 ธนาคารทหารไทยธนชาติ  ธนาคารกสิกรไทย  ธนาคารกรุงไทย

 ธนาคารไทยพาณิชย์  ธนาคารกรุงศรีอยุธยา  ธนาคารกรุงเทพ

เลขที่บัญชี

ประเภท ออมทรัพย์ กระแสเงินสด สาขา.....

ชื่อบัญชี.....

มีความประสงค์ให้ธนาคารหักเงินฝากดังกล่าวของข้าพเจ้า เพื่อชำระเบี้ยประกันสำหรับงวดแรกและงวดซึ่งถึงกำหนดชำระและ/หรือ บรรดาภาระผูกพันต่าง ๆ ให้แก่ **บริษัท ทีไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)** (ต่อไป เรียกว่า "บริษัท") ตามจำนวนที่กำหนดสำหรับงวดแรกและที่ปรากฏในใบแจ้งหนี้และสลิปบันทึกข้อมูล (MEDIA) หรือข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ที่ธนาคารได้รับจากบริษัทสำหรับงวดต่อไปและ นำเงินดังกล่าวโอนเข้าบัญชีของบริษัท

ในการหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า เพื่อชำระเบี้ยประกันสำหรับงวดแรกและงวดซึ่งถึงกำหนดชำระและ/หรือ บรรดาภาระผูกพันต่าง ๆ ให้แก่บริษัทดังกล่าว หากปรากฏในภายหลังว่าจำนวนเงินที่บริษัทแจ้งแก่ธนาคารนั้นไม่ถูกต้อง และธนาคารได้ทำการหักเงินจากบัญชีของข้าพเจ้าตามที่ปรากฏในใบแจ้งหนี้และสลิปบันทึกข้อมูล (MEDIA) หรือข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เรียบร้อยแล้ว ข้าพเจ้าตกลงที่จะดำเนินการเรียกเงินจำนวนดังกล่าวจากบริษัทโดยตรง โดยทั้งนี้ข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิ์ในการเรียกร้องหรือฟ้องร้องให้ธนาคารชดใช้เงินที่ธนาคารได้หักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า เพื่อชำระหนี้บริษัทตามใบแจ้งหนี้หรือสลิปบันทึกข้อมูล (MEDIA) หรือข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่ธนาคารได้รับจากบริษัท และข้าพเจ้ายอมรับว่าธนาคารจะหักเงินจากบัญชีของข้าพเจ้าได้ ต่อเมื่อเงินในบัญชีมีเพียงพอในการหักบัญชีในขณะที่นั้นเท่านั้น และในการหักบัญชีเงินฝากดังกล่าว ข้าพเจ้าไม่ประสงค์จะให้ธนาคารแจ้งการหักบัญชีดังกล่าวแต่อย่างใด เนื่องจากข้าพเจ้าสามารถทราบรายการนั้นได้จากสมุดคู่ฝากของธนาคาร และ/หรือ จากใบรับ และ/หรือ ใบเสร็จรับเงินของบริษัทอยู่แล้ว

ในกรณีที่เอกสารหลักฐาน และเลขที่บัญชีเงินฝากดังกล่าวในวรรคข้างต้นได้เปลี่ยนแปลงไปไม่ว่าโดยเหตุใดก็ตาม ข้าพเจ้าตกลงให้หนังสือขอให้หักบัญชีเงินฝากฉบับนี้ยังคงมีผลใช้บังคับ สำหรับบัญชีเงินฝากหมายเลขที่ได้เปลี่ยนแปลงนั้น ๆ ด้วย ทุกประการ

การให้หักบัญชีเงินฝากดังกล่าวข้างต้น ให้มีผลใช้บังคับทันทีนับแต่วันทำหนังสือนี้และมีผลบังคับต่อไปจนกว่าจะได้แจ้งยกเลิก โดยทำเป็นลายลักษณ์อักษรให้ธนาคารและบริษัททราบอย่างน้อยล่วงหน้า 30 วัน

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม
(.....)
(ตามที่ให้ไว้กับธนาคาร)

สำหรับธนาคาร	ตรวจสอบแล้วถูกต้อง	รับรองลายมือชื่อผู้ให้ความยินยอม
ลงชื่อ..... (.....) (ลายมือชื่อผู้รับมอบอำนาจ)		ลงชื่อ..... (.....) บริษัท ทีไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

หนังสือยินยอมให้หักเงินฝากธนาคารของผู้เอาประกัน และ/หรือผู้ชำระเบี้ยประกันแทน

กับ
บริษัท ทีไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

ขอทำหนังสือฉบับนี้ให้ไว้กับ **บริษัท ทีไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)** ดังมีข้อความดังต่อไปนี้

- ข้าพเจ้ายินยอมให้ **บริษัท ทีไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)** แจ้งให้ธนาคารเรียกเก็บเงินค่าเบี้ยประกันซึ่งถึงกำหนดชำระตามกรมธรรม์ประกันภัยและ/หรือ บรรดาภาระผูกพันต่าง ๆ ต่อไปนี้ โดยหักบัญชีเงินฝากธนาคารตามรายละเอียดในหนังสือที่อ้างถึงหนังสือขอให้หักบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้เอาประกันภัยและ/หรือผู้ชำระเบี้ยประกันแทนกับ **บริษัท ทีไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)** ลงวันที่.....

กรมธรรม์เลขที่	ชื่อ, นามสกุล	1 เดือน	3 เดือน	6 เดือน	1 ปี
1.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- ในระหว่างรอผลการตรวจสอบลายมือชื่อจากธนาคารข้าพเจ้าจะชำระเบี้ยประกัน งวดที่ถึงกำหนดชำระด้วยวิธีชำระเงินตามที่บริษัทกำหนด
- ข้าพเจ้าจะนำเงินค่าเบี้ยประกันเข้าไปในบัญชีเงินฝากธนาคารก่อนกำหนดวันหักบัญชีของธนาคาร 1 วันทำการ
- กรณีที่ข้าพเจ้าชำระเบี้ยประกันรายเดือนหากธนาคารหักบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า เพื่อชำระเบี้ยประกันไม่ได้ในงวดใดงวดหนึ่งเนื่องจากสาเหตุใดก็ตาม ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทแจ้งให้ธนาคารหักบัญชีของข้าพเจ้าอีกในงวดถัดไปรวมเป็น 2 งวด
- กรณีที่ข้าพเจ้าชำระเบี้ยประกันเป็นราย 3 เดือน 6 เดือน หรือ รายปี หากธนาคารหักบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าเพื่อชำระเบี้ยประกันไม่ได้เนื่องจากสาเหตุใดก็ตาม ข้าพเจ้าจะชำระเบี้ยประกันงวดที่หักบัญชีไม่ได้ด้วยวิธีชำระเงินตามที่บริษัทกำหนดแทน
- หากข้าพเจ้าต้องการเปลี่ยนแปลงบัญชีที่ใช้ในการหักบัญชีชำระค่าเบี้ยประกัน ข้าพเจ้าจะจัดทำหนังสือขอให้หักบัญชีเงินฝากเข้ามาใหม่ ทั้งนี้เมื่อครบกำหนดชำระเบี้ยประกัน ข้าพเจ้าจะชำระเบี้ยประกันด้วยวิธีชำระเงินตามที่บริษัทกำหนดไปก่อนจนกว่าผลการตรวจสอบลายมือชื่อฉบับใหม่จะมีผลใช้ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้ **บริษัท ทีไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)** จ่ายผลประโยชน์ ต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามเงื่อนไขกรมธรรม์ รวมทั้งเงินคืนเบี้ยประกันภัยไม่ว่าด้วยสาเหตุใด ๆ ก็ตามผ่านทางบัญชีของข้าพเจ้า
- หากข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอยกเลิกใช้บริการหักบัญชีเงินฝาก ข้าพเจ้าขอรับว่าจะแจ้งยกเลิกเป็นลายลักษณ์อักษร โดยทำหนังสือหรือกรอกข้อมูลในแบบฟอร์ม ขอใช้สิทธิและส่งมายังบริษัท ภายใน 30 วัน ก่อนถึงกำหนดวันหักบัญชี

เพื่อเป็นหลักฐานแห่งการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงนามไว้เป็นสำคัญ ณ วัน เดือน ปี ที่ระบุข้างต้น

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หนังสือให้ความยินยอมประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล

บริษัท ทีไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) ให้ความสำคัญกับความเป็นส่วนตัวของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลอยู่เสมอ บริษัททำการวิเคราะห์ความชอบ ความสนใจของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อประโยชน์สูงสุดในการพัฒนาผลิตภัณฑ์/บริการ เพื่อนำเสนอผลิตภัณฑ์ บริการ สิทธิประโยชน์ต่างๆ ที่เหมาะสมแก่เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลโดยเฉพาะ โดยบริษัทได้ระบุนโยบายละเอียดและขอบเขตการเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของเจ้าของข้อมูล ตามที่ปรากฏในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท ที่เผยแพร่บนเว็บไซต์ของบริษัท (<https://www.tlife.co.th>)

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว
ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า ให้แก่ พันธมิตรทางธุรกิจของบริษัท ตามรายชื่อที่เผยแพร่บนเว็บไซต์ของบริษัท (<https://www.tlife.co.th>) เพื่อวัตถุประสงค์ดังนี้

- เพื่อวิเคราะห์ความชอบ ความสนใจ และการพัฒนาผลิตภัณฑ์/บริการ
- เพื่อการนำเสนอผลิตภัณฑ์/บริการ การเสนอข้อมูลทางการตลาด การติดต่อสื่อสาร การให้ข้อมูลข่าวสาร สิทธิประโยชน์ รายการส่งเสริมการขาย การโฆษณา และกิจกรรมการตลาด

ตามรายละเอียดที่ได้ระบุไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และให้ผู้รับข้อมูลดังกล่าวสามารถเก็บรวบรวม และใช้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ดังกล่าวข้างต้นได้

ข้าพเจ้าทราบว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนความยินยอมนี้เมื่อใดก็ได้ โดยสามารถดูรายละเอียดช่องทางการถอนความยินยอมได้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท ทั้งนี้ การถอนความยินยอมดังกล่าวไม่มีผลกระทบต่อประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นไปแล้วก่อนการถอนความยินยอม

ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจเนื้อหาของหนังสือยินยอมนี้อย่างละเอียดแล้ว และยืนยันว่า ข้าพเจ้าให้ความยินยอมในหนังสือฉบับนี้ด้วยความสมัครใจ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ _____ ผู้ให้ความยินยอม
วันที่ _____
(_____)

หมายเหตุ : เพื่อสิทธิประโยชน์ที่ท่านจะได้รับ กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ทั้ง 2 ช่อง