



บริษัท สหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

SAHA LIFE INSURANCE PUBLIC CO., LTD.

36/179, 36/183, 36/186 ถนนมอเตอร์เวย์ แขวงคลองสองต้นนุ่น เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร 10520 โทร.0-2379-5099 โทรสาร.0-2379-54466, 0-2731-7727-28

สหประกันชีวิต  
SAHA LIFE INSURANCE

36/179, 36/183, 36/186 Motorway Road, Khlong Song Ton Nun, Lat Krabang, Bangkok 10520, Thailand Tel. +66-2379-5099 Fax +66-2379-5466, +66-2731-7727-28

Website : http://www.sahalife.co.th E-mail Address : saha@sahalife.co.th ทะเบียนเลขที่ 0107554000186

ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่ม  
(สำหรับผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย)

1. ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย.....
2. ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....  
ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....  
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
3. ลักษณะธุรกิจ.....
4. ลักษณะความสัมพันธ์ของการขอเอาประกันภัยกลุ่ม.....  
จำนวนสมาชิกที่ยื่นขอเอาประกันภัย จำนวน.....คน
5. วันเริ่มสัญญา.....
6. แผนการประกันภัย
  - แผนการประกันภัยหลักคุ้มครองชีวิต      แผน.....
  - สัญญาเพิ่มเติมประกันภัยอุบัติเหตุ      แผน.....
  - สัญญาเพิ่มเติมประกันสุขภาพ      แผน.....
  - สัญญาเพิ่มเติมประกันอื่นๆ      แผน.....
7. การประกันภัยแบบออกเงินสมทบ / แบบไม่ออกเงินสมทบ
  - แบบออกเงินสมทบ ผู้เอาประกันภัยชำระเบี้ยประกันภัยส่วนหนึ่ง  
โปรดระบุ.....  
ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัยชำระเบี้ยประกันภัยให้อีกส่วนหนึ่ง  
โปรดระบุ.....
  - แบบไม่ออกเงินสมทบ ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัยเป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยให้ทั้งหมด
8. แบบการชำระเบี้ยประกันภัย
  - ชำระรายปี       ชำระรายงวด.....เดือน

ชื่อตัวแทน.....
รหัส.....
ใบอนุญาต.....

9. ขอรับรองว่าสมาชิกผู้มีสิทธิเข้าร่วมที่ได้ยื่นขอเอาประกันภัยนี้มีอายุระหว่าง.....ปี และมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์

10. ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัยเคยเอาประกันกลุ่มมาก่อนหรือไม่

เคย  ไม่เคย

ถ้าเคย โปรดระบุชื่อบริษัทประกันภัยดังกล่าว.....

ถ้าการประกันภัยสิ้นสุดลงแล้ว ให้แจ้งวันสิ้นสุดสัญญาประกันภัย.....

ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัยตกลงยินยอมที่จะส่งมอบรายละเอียดเกี่ยวกับสมาชิกของผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัยที่จะเอาประกันภัยให้แก่บริษัทโดยครบถ้วนภายในเวลาอันสมควร

ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัยขอรับรองว่า ข้อความในใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มข้างต้น เป็นความจริงทุกประการและยินยอมให้ถือว่าข้อความที่ให้ไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มนี้ และคำแถลงในเอกสารอื่นใด ที่ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัยและ/หรือผู้เอาประกันภัยได้ให้ไว้

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

.....

(.....)

ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย

ตำแหน่ง.....

(ประทับตราสหกรณ์)

.....

(.....)

พยาน

ตำแหน่ง.....

.....

(.....)

พยาน

ตำแหน่ง.....

เฉพาะบริษัทบันทึกเท่านั้น



บริษัท สหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

SAHA LIFE INSURANCE PUBLIC CO., LTD.

36/179, 36/183, 36/186 ถนนมอเตอร์เวย์ แขวงคลองสองต้นนุ่น เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร 10520 โทร.0-2379-5099 โทรสาร.0-2379-5466, 0-2731-7727-28

36/179, 36/183, 36/186 Motorway Road, Khlong Song Ton Nun, Lat Krabang, Bangkok 10520, Thailand Tel. +66-2379-5099 Fax +66-2379-5466, +66-2731-7727-28

Website : http://www.sahalife.co.th E-mail Address : saha@sahalife.co.th ทะเบียนเลขที่ 0107554000186

คำรับรองสำหรับผู้ถือกรมธรรม์

หนังสือรับรองการได้รับความยินยอมจากสมาชิกผู้เอาประกันภัย

(สำหรับกรมธรรม์ประกันชีวิตกลุ่มและอุบัติเหตุกลุ่ม)

ทำที่ \_\_\_\_\_

วันที่ \_\_\_\_\_

สทหรณ์ \_\_\_\_\_ ขอรับรองว่าสทหรณ์ได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

ของบริษัทผู้รับประกันภัยให้กับสมาชิกผู้เอาประกันภัยรับทราบแล้ว และข้อมูลของสมาชิกผู้เอาประกันภัยที่ส่งให้บริษัทผู้รับประกันภัยและ/หรือนายหน้าประกันชีวิตเป็นข้อมูลที่ต้องและได้รับความยินยอมจากสมาชิกผู้เอาประกันภัยก่อนนำส่งข้อมูลให้กับบริษัทผู้รับประกันภัยและ/หรือนายหน้าประกันชีวิตเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ดังนี้

1. สมาชิกผู้เอาประกันภัย ยินยอมให้สทหรณ์ \_\_\_\_\_ และ บริษัท สหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ สมาชิกผู้เอาประกันภัย เพื่อวัตถุประสงค์ในการขอเอาประกันภัย การตรวจสอบสุขภาพ การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน การปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ รวมถึงการใด ๆ อันเกี่ยวกับธุรกิจประกันภัย โดยการเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้รวมถึงบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทรับประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิตหรือนายหน้าประกันชีวิต

2. สมาชิกผู้เอาประกันภัย ยินยอมให้ บริษัท สหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของสมาชิกผู้เอาประกันภัย เพื่อวัตถุประสงค์ในการทำประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การตรวจสอบสุขภาพ หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย รวมถึงการใด ๆ อันเกี่ยวกับธุรกิจประกันภัย โดยการเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้รวมถึงบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทรับประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิตหรือนายหน้าประกันชีวิต

3. สมาชิกผู้เอาประกันภัย ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตสามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทผู้รับประกันภัยหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือ การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้

สทหรณ์ตกลงว่าจะจัดการให้สมาชิกผู้เอาประกันภัยลงนามในหนังสือให้ความยินยอมเกี่ยวกับการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลอ่อนไหวเพื่อการทำประกันภัยกลุ่มตามที่แนบมานี้ ซึ่งสทหรณ์จะจัดเก็บหลักฐานความยินยอมของสมาชิกผู้เอาประกันภัยไว้ตลอดเวลา และสามารถให้สำเนาแก่บริษัทผู้รับประกันภัยและ/หรือตัวแทนประกันชีวิต ได้เมื่อร้องขอ

ในกรณีที่สมาชิกถอนความยินยอม สทหรณ์มีหน้าที่ต้องแจ้งให้ สมาชิกผู้เอาประกันภัย และ/หรือตัวแทนประกันชีวิต ทราบโดยไม่มีค่าใช้จ่าย และสทหรณ์จะช่วยอำนวยความสะดวกแก่สมาชิกผู้เอาประกันภัย และ/หรือตัวแทนประกันชีวิต ในการติดต่อและแจ้งให้สมาชิกผู้เอาประกันภัยทราบว่า การเพิกถอนความยินยอมนี้อาจจะส่งผลให้บริษัทผู้รับประกันภัยไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์หรือภาระผูกพันที่มีต่อสมาชิกผู้เอาประกันภัยตามกรมธรรม์ทั้งหมดหรือบางส่วนได้

สทหรณ์จะรับผิดชอบตามกฎหมายต่อบริษัทผู้รับประกันภัยและ/หรือตัวแทนประกันชีวิต หากสทหรณ์ดำเนินการใดที่เป็นการขัดแย้งกับคำรับรอง และ/หรือกฎหมายดังกล่าว

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ กรรมการผู้มีอำนาจ / ผู้รับมอบอำนาจ

( \_\_\_\_\_ )

ตำแหน่ง.....

พร้อมตราประทับสทหรณ์