



บันทึกข้อความ

หน่วยงาน ส่วนบริหารทรัพยากรบุคคล หน่วยสวัสดิการบุคลากร สำนักงานอธิการบดี โทร. 3273

ที่ ศธ 0524.01(2)/1๕๖๖

วันที่ ๗ กันยายน 2559

เรื่อง การทำประกันชีวิตและสุขภาพกลุ่ม ประจำปีงบประมาณ 2560

เรียน รองอธิการบดี/ คณบดี/ ผู้อำนวยการสำนัก/ ผู้อำนวยการส่วน

ตามที่ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง ได้มีสวัสดิการสำหรับทำประกันชีวิตและประกันสุขภาพกลุ่ม ให้กับพนักงานสถาบัน (คู่สมรส-บุตร จำนวนไม่เกิน 2 คน) พนักงานที่เปลี่ยนสถานภาพมาจากข้าราชการ ข้าราชการ และลูกจ้างประจำ (เฉพาะผู้ป่วยใน) ซึ่งจะสิ้นสุดกรมธรรม์ ในวันที่ 30 กันยายน 2559 นั้น สำหรับในปีงบประมาณ 2560 สถาบันได้พิจารณาคัดเลือก บริษัท เอ็ม บี เค ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เป็นบริษัทรับประกันชีวิตและสุขภาพกลุ่ม โดยมีช่วงระยะเวลาของกรมธรรม์ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2559 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2560 โดยมีตารางผลประโยชน์ความคุ้มครอง (เอกสารแนบ 1) ทั้งนี้ สถาบันจึงขอให้บุคลากรประเภทต่าง ๆ ดำเนินการตามรายละเอียดต่อไปนี้

1. พนักงานสถาบันเงินงบประมาณ พนักงานสถาบันเงินรายได้ คู่สมรสและบุตรจำนวนไม่เกิน 2 คนของพนักงานเงินงบประมาณ/เงินรายได้ พนักงานที่เปลี่ยนสถานภาพมาจากข้าราชการ ข้าราชการ และลูกจ้างประจำ กรอกใบสมัครขอเอาประกันภัยทุกคน (เอกสารแนบ 2) โดยไม่ต้องชำระค่าเบี้ยประกัน พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาบัตรพนักงานสถาบัน/สำเนาทะเบียนบ้าน/สำเนาสูติบัตร และสำเนาทะเบียนสมรส (คู่สมรส) ของผู้สมัคร เนื่องจากมีการเปลี่ยนบริษัทประกันชีวิตและสุขภาพกลุ่ม (สามารถดาวน์โหลดใบสมัครได้ที่ ส่วนบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานอธิการบดี (www.hr.kmitl.ac.th) โดยนำส่งให้งานบริหารทรัพยากรบุคคลของหน่วยงานที่ตนเองสังกัด และรวบรวมส่งมายังส่วนบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานอธิการบดี ภายในวันที่ 15 ตุลาคม 2559 ทั้งนี้ ขอให้ทุกหน่วยงานตรวจสอบว่าบุคลากรในสังกัดของท่าน กรอกเอกสารครบถ้วนทุกคนหรือไม่

2. พนักงานที่เปลี่ยนสถานภาพมาจากข้าราชการ ข้าราชการ และลูกจ้างประจำ หากประสงค์จะทำประกันชีวิตและสุขภาพกลุ่มให้กับคู่สมรส (อายุระหว่าง 15-65 ปีบริบูรณ์) และบุตร (อายุตั้งแต่ 2 สัปดาห์ถึง 20 ปีบริบูรณ์) รวมถึงเจ้าหน้าที่ของสหกรณ์ออมทรัพย์พระจอมเกล้าลาดกระบัง โดยให้กรอกใบสมัครขอเอาประกันภัย พร้อมกับชำระเงินค่าเบี้ยประกัน จำนวน 3,800 บาท (สามพันแปดร้อยบาทถ้วน) สำหรับในปีงบประมาณ 2560 ได้มีการเพิ่มผลประโยชน์ความคุ้มครอง ดังนี้

1. ค่ารักษาพยาบาล จากเดิม 28,000 บาท เป็น 30,000 บาท

2. การประกันชีวิตและสุขภาพ สำหรับบิดา-มารดา (ชำระเบี้ยประกันเอง) จำนวน 3,551.50 บาท อายุไม่เกิน 65 ปี (ตารางผลประโยชน์ความคุ้มครอง (ตามเอกสารแนบ 1))

โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการสมัคร ดังนี้

2.1 กรอกใบสมัครขอเอาประกันภัย (ดาวน์โหลดได้ที่ ส่วนบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานอธิการบดี (www.hr.kmitl.ac.th) (เอกสารแนบ 3) พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้าน / สำเนาสูติบัตร และสำเนาทะเบียนสมรส (คู่สมรส) ของผู้สมัคร

2.2 บริษัท เอ็ม บี เค ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) จะมารับใบสมัครและรับเงินค่าเบี้ยประกันดังกล่าว ในวันที่ 15-16 กันยายน 2559 ตั้งแต่เวลา 09.00 – 16.00 น. (พักเวลา 12.00 ถึงเวลา 13.00 น.) ณ ห้องโถงเอนกประสงค์ ชั้น 1 อาคารกรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์

2.3 หากท่านติดภารกิจไม่สามารถมาสมัครกับบริษัทฯ ในวันที่ เวลา ดังกล่าวได้ และมีความประสงค์จะทำประกันชีวิตและสุขภาพกลุ่ม ให้กับคู่สมรสและบุตร ขอให้ส่งใบสมัครขอเอาประกันภัย พร้อมชำระเบี้ยประกันได้ ในวันที่ 28 กันยายน 2559 หากเกินระยะเวลาที่กำหนด สถาบันจะถือว่าท่าน ไม่ประสงค์ ทำประกันชีวิตและสุขภาพกลุ่มให้กับคู่สมรสและบุตรของท่าน

3. พนักงานสถาบันเงินงบประมาณ พนักงานสถาบันเงินรายได้ คู่สมรสและบุตรจำนวนไม่เกิน 2 คนของพนักงานเงินงบประมาณ/เงินรายได้ พนักงานที่เปลี่ยนสถานภาพมาจากข้าราชการ ข้าราชการ และลูกจ้างประจำ หากท่านใดมีความประสงค์จะทำประกันชีวิตและสุขภาพกลุ่มให้กับบิดา-มารดา ขอให้แจ้ง ความประสงค์ กับบริษัท เอ็ม บี เค ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ในวันที่ 15-16 กันยายน 2559 และ วันที่ 28 กันยายน 2559

4. ลูกจ้างรายเดือนด้วยเงินรายได้ สามารถทำประกันชีวิตและสุขภาพกลุ่มได้ โดยกรอกใบสมัครขอเอาประกันภัย (ตามข้อ 2.1) พร้อมกับชำระเงินค่าเบี้ยประกัน จำนวน 3,800 บาท ซึ่งมีขั้นตอนการชำระเงิน ตามรายละเอียด ข้อ 2

5. ผู้ที่เกษียณอายุราชการ / เกษียณก่อนกำหนด และมีอายุไม่เกิน 70 ปี สามารถทำประกันชีวิตและสุขภาพกลุ่มได้ โดยกรอกใบสมัครขอเอาประกันภัย (ตามข้อ 2.1) พร้อมกับชำระเงินค่าเบี้ยประกัน จำนวน 3,800 บาท ซึ่งมีขั้นตอนการชำระเงิน ตามรายละเอียด ข้อ 2

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จะขอบคุณยิ่ง



(รองศาสตราจารย์ ดร. จำรูญ เล้าสินวัฒนา)
รองอธิการบดีฝ่ายพัฒนาบุคลากร ปฏิบัติการแทน
อธิการบดี

ตารางงานสวัสดิการประกันชีวิตและสุขภาพกลุ่ม
สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
ระยะเวลาคุ้มครอง 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2560

ความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	
	แผนที่ 1	แผนที่ 2
	บุคลากร (ผู้สมรสและบุตร)	บิดา-มารดา
1. การประกันชีวิต (คุ้มครองกรณีเสียชีวิตทุกกรณี) ยกเว้น การฆ่าตัวตายในระยะเวลา 1 ปีแรก หรือ 1 ปีแรก และผู้เอาประกันภัยอายุผู้รับผลประโยชน์ > 100 ปี	100,000	1,000
2. การประกันอุบัติเหตุ - คุ้มครองกรณีประสบอุบัติเหตุ ดังนี้ ขอยกเว้นคุ้มครอง กรณีการถูกฆาตกรรมหรือจมน้ำตาย การจมน้ำ การอัคคีภัยงาน การขับขี่รถจักรยานยนต์ กายกรรม คังกร เมล็ดไม้มังง์	100,000	
1 เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ (รับรวมการประกันชีวิต)	200,000	
2 เสียชีวิตจากอุบัติเหตุด้วยสาเหตุ (รับรวมการประกันชีวิต)	300,000	
3 สูญเสียมือ หรือเท้า หรือสายตายวอดกันตั้งแต่ 2 ข้างขึ้นไป	100,000	
4 สูญเสียมือ 1 ข้าง หรือเท้า 1 ข้าง หรือสายตา 1 ข้าง	100,000	
5 แขน 1 ข้าง ตั้งแต่ไหล่	75,000	
6 แขน 1 ข้าง ตั้งแต่ข้อศอก	65,000	
7 ขา 1 ข้าง ตั้งแต่โคนขา (Neck of Femur)	75,000	
8 ขา 1 ข้าง ตั้งแต่หัวเข่า	65,000	
9 มุหนวก 2 ข้าง หรือเป็นไม้โดยสิ้นเชิงถาวร	50,000	
10 มุหนวก 1 ข้าง โดยสิ้นเชิงถาวร	15,000	
11 สูญเสียนิ้วหัวแม่มือ (ทั้ง 2 ข้อ)	25,000	
12 สูญเสียนิ้วหัวแม่มือ (1 ข้อ)	10,000	
13 สูญเสียนิ้วชี้ (ทั้ง 3 ข้อ)	10,000	
14 สูญเสียนิ้วชี้ (ทั้ง 2 ข้อ)	8,000	
15 สูญเสียนิ้วชี้ (1 ข้อ)	4,000	
16 สูญเสียนิ้วอื่น ๆ แต่ละนิ้ว (ไม่น้อยกว่า 2 ข้อ) นอกจากนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้	5,000	
17 สูญเสียนิ้วหัวแม่มือ	5,000	
18 สูญเสียนิ้วเท้าอื่น ๆ แต่ละนิ้ว (ไม่น้อยกว่า 1 ข้อ) นอกจากนิ้วหัวแม่มือ	1,000	
20 ทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวรภายใน 180 วันนับแต่วันเกิดอุบัติเหตุ (จ่ายเงินทดแทนให้ครั้งเดียวเท่ากับ 100 % ของทุนประกันภัย)	100,000	
3. การรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม (ผู้ป่วยใน)		
1 ค่าห้องและค่าอาหารต่อวัน (สูงสุด 90 วัน)	3,000	3,000
ค่าห้องพักผู้ป่วยหนัก (ไอ.ซี.ยู) สูงสุด 15 วัน	6,000	6,000
2 ค่ารักษาพยาบาลและค่าบริการทั่วไป รวมถึงค่ารักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกต่อ เนื่องจากผู้ป่วยในภายใน 31 วัน	30,000	30,000
3 ค่าธรรมเนียมการผ่าตัด (จ่ายตามจริง)	22,000	22,000
4 ค่าปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง (ยกเว้นค่าปรึกษาแพทย์ 2 หรือข้อ 3)	1,500	1,500
5 ค่าธรรมเนียมดูแลโดยแพทย์ต่อวัน (1 ครั้งต่อวัน/ สูงสุดไม่เกิน 90 วัน)	1,500	1,500
6 ค่ารักษาพยาบาลฉุกเฉินเนื่องจากอุบัติเหตุ (เข้ารับภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากได้รับอุบัติเหตุ) รวมถึงการรับยาหรือส่งกลับบ้าน 31 วัน	4,600	4,600
7 ค่าบริการรถพยาบาล (จ่ายรวมอยู่ในข้อ 2)	3,000	3,000

หนังสือแจ้งตัวผู้รับผลประโยชน์ สิ่งมีชีวิตเมื่อเอาประกันภัยกลุ่ม
Beneficiary Designation Form for Life Insurance of Group Policyholder

กรมธรรม์เลขที่ [Group Policy Number] เลขที่สมาชิก [Member number]
ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ [Policyholder Name] สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

วันที่
[Date]

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)
I (Mr. / Mrs. / Miss)

วัน / เดือน / ปี เกิด เลขที่บัตรประชาชน
[Date of Birth] [I.D. Card Number]

ผู้ขอเอาประกันภัยกลุ่มของ บริษัท เอ็ม บี เค ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) มีความประสงค์ขอแต่งตั้งผู้รับผลประโยชน์ของกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มฉบับดังกล่าวข้างต้นตามรายละเอียดด้านล่างนี้ ซึ่งเป็นที่เข้าใจและตกลงว่าเอกสารฉบับนี้จะแนบติดและถือเป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่ม

The applicant, would like to designate the following person(s) to be the beneficiary (ies) of the aforementioned group insurance policy and it is agreed that this Document shall be attached to and be a part of the group policy.

ชื่อ-สกุล ผู้รับผลประโยชน์ [Beneficiary full name and surname]	ความสัมพันธ์ [Relationship]	อายุ [Age]	สัดส่วน [Proportion %]	โทรศัพท์เคลื่อนที่ [Mobile Phone]	อีเมล [Email]
.....
.....
.....
.....

หมายเหตุ [Remark] :

- ผู้รับประโยชน์จะต้องมีส่วนได้เสียกับผู้ขอเอาประกันภัย เช่น บิดา มารดา คู่สมรส บุตร เป็นต้น
Beneficiary must be the person who has insurable interest in the applicant such as being father, mother, spouse or child.
- กรอกข้อความให้ครบถ้วน ถ้ามีการแก้ไข ชัดเจน ขูดลบ ต้องลงนามผู้ขอเอาประกันภัยกำกับไว้ทุกแห่ง
Please complete all inquiries. Applicant must validate by signing at all amendments, emendation or corrections.

ลงนาม [Signed] ลงนามต่อหน้า [Signed]

(.....)
ผู้ขอเอาประกันภัย [Applicant]

(.....)
ผู้ให้ความยินยอมในฐานะบิดา หรือมารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม
ของผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)
Parent or guardian of the applicant [In case the applicant is minor.]

ลงนาม [Signed] ลงนามต่อหน้า [Signed]

(.....)
พยาน / ผู้รับมอบอำนาจของผู้ถือกรมธรรม์ [Witness]

(.....)
พยาน [Witness]



บริษัท เอ็ม บี เค ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
 231 อาคาร เอ็ม บี เค ไลฟ์ ถนนพระราม 5 แขวงจตุจักร กรุงเทพฯ 10330
 โทรศัพท์ 0 2252 8079 โทรสาร 0 2252 7195 เว็บไซต์ www.mblife.co.th

ผู้ถือกรมธรรม์.....
 Policyholder
 ใบคำขอเอาประกันภัยเลขที่.....
 Application Number
 กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....
 Policy Number

ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มสำหรับสมาชิก(Group Application for Member)

ท่านถือใบขอเอาประกันภัยของกรมธรรม์ประกันภัยซึ่งสิทธิกรมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัยต้องแจ้งรายละเอียดตามแบบฟอร์มอย่างละเอียดและถูกต้อง มิฉะนั้นการเอาประกันภัยอาจถูกตั้งข้อสงสัยจนอาจส่งผลให้บริษัทประกันภัยปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้

Warning by the Office of Insurance Commission The Application must answer all questions truthfully. Any non-disclosure or false statement may cause the life insurance company to decline its claims payment. This is in accordance with the Civil & Commercial Code, Section 865

ชื่อ-นามสกุล (Name- Surname) ชาย (Male) หญิง (Female)
 วันเดือนปีเกิด (Date of birth)..... อายุ (Age)..... ปี (yrs.) น้ำหนัก (Wt.).....กก.(kg) ส่วนสูง (Ht.).....ซ.ม.(cm)
 สัญชาติ (Nationality) สถานภาพ (Status) โสด (single) สมรส (Married) หย่าร้าง (Widowed) หย่า (Divorced)
 เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างด้าว (ID/Passport No.)..... วันบัตรหมดอายุ (Expiry Date).....
 ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ชื่อหมู่บ้าน..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
 Present Address No. Moo Name of village Soi Road
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 Sub district District Province Post code
 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่ที่..... ชื่อหมู่บ้าน..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
 Permanent Address No. Moo Name of village Soi Road
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 Sub district District Province Post code
 โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....
 Tel. Mobile phone e-mail
 อาชีพ (Occupation)..... วันเริ่มทำงาน (Joining Date)..... ตำแหน่ง (Position).....
 หน้าที่รับผิดชอบ (Responsibility)..... รายได้ต่อปี (Annual income/Salary).....
 สมัครในฐานะ (Applied as) สมาชิก(Member) คู่สมรส(Spouse) บุตร (Child) ฐานะอื่นๆ ของสมาชิก (As the other Member).....
 แผนประกันภัย (Insurance Plan)..... จำนวนเงินเอาประกันภัย (Sum assured).....

ชื่อผู้รับประโยชน์ (Beneficiary)	อายุ (Age)	เลขที่บัตรประชาชน (ID No.)	ความสัมพันธ์(Relationship)	สัดส่วน (Proportion%)
(ถ้ามี ให้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆกัน) (The proportion will be shared equally if no specific amount is stated)				
.....
.....
.....

1. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เดือนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ When applying for insurance or applying for reinstatement ,has your application ever been denied, deferred, charge extra premiums, or had to have your coverage changed to another plan other than the one you applied for ?

ไม่เคย (No) เคย โปรดแจ้งรายละเอียด (If Yes ,please describe)

2. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกต โดยแพทย์ว่าเป็นโรคปอดหรือปอดอักเสบ โรคหอบหืด โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดในสมอง โรคตับหรือทางเดินน้ำดี โรคไต โรคหิซุราหรือรัง โรคเอสแอลอี โรคมะเร็ง โรคมะเร็ง โรคจิต โรคหลอดเลือดหรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง พิกการทางร่างกาย โรคเลือดหรือไม่ Have you ever been diagnosed with, treated for or mentioned about lung diseases , asthma, heart diseases, hypertension, stroke ,liver diseases, biliary tract diseases , kidney diseases, alcoholism, SLE, diabetes, cancers, psychosomatic traumas, AIDS or immune deficiencies, physical abnormalities, blood diseases ?

ไม่เคย (No) เคย โปรดแจ้งรายละเอียด (If Yes ,please describe)

3. ท่านเคยใช้หรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ หรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดีอาชญากรรมหรือไม่ Have you ever used any narcotic drugs, consumed alcohol on a regular basis, or been treated for alcoholism or drugs, or been involved in narcotics related litigation ?

ไม่เคย (No) เคย โปรดแจ้งรายละเอียด (If Yes ,please describe)

4. ในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการบาดเจ็บ การเจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพหรือไม่ In the last 5 years, have you ever injured, had a sickness, had an operation, consulted a doctor, been treated by a doctor, been given consultation by a doctor ?

ไม่เคย (No) เคย โปรดแจ้งรายละเอียด (If Yes ,please describe)

สมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย ขอให้ทำขึ้นรับรองและยินยอม ดังต่อไปนี้

The Applying Member (Individual/Juristic Person) and the Insured (Juristic Person) confirm and agree as follows.

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อ ในใบคำขอเอาประกันภัยชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัย และปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์

I confirm that all answers in this application and declaration to the medical examiner are true. I understand that if any declaration is untrue, The Company may decline the insurance and refuse to pay for any benefit as per policy condition.

2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้

I allow the physicians or other insurers or health institutions that may have my past health records, or those that shall do so in the future, to disclose the facts to the Company or its representatives for the purpose of underwriting this application or pay out benefits according to the policy conditions.

3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้

I allow the Company to file, use or disclose facts of my health to the insurer(s) or reinsurer(s) or other legal organizations or medical personnel(s) With regards to underwriting this application or to pay out benefit as per policy conditions or as needed for medical purpose.

4. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

I allow the Company to file, use or disclose facts of my health to The Office of Insurance Commission for the purpose of regulating the business of insurance.

ทำที่.....
(Made at)

วันที่.....
(Date)

ลงชื่อ (Signature).....
()

ลงชื่อ (Signature).....
()

พยาน/ตัวแทน/นายหน้าประกันชีวิต
(Witness/Agent/Broker)

ผู้ขอเอาประกันภัย
(Applicant)

ใบอนุญาตเลขที่.....
(License No.)